

KATAMNESTISCHE UNTERSUCHUNGEN
AN FÜNFZIG PATIENTEN MIT VERSCHIEDENEN PURPURAFORMEN

VON

GEORG CHRISTOPHORIDIS

Mainz 1966



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41554419_0022

KATAMNESTISCHE UNTERSUCHUNGEN
AN FÜNFZIG PATIENTEN MIT VERSCHIEDENEN PURPURAFORMEN

Inaugural-Dissertation
zur Erlangung der Doktorwürde der
Hohen Medizinischen Fakultät
der Johannes Gutenberg-Universität Mainz

vorgelegt von
Georg Christophoridis
aus Arethusa/Saloniki
in Griechenland

Mainz 1966

Dekan: Professor Dr. J. Borneff
Referent: Privatdozent Dr. G. Brehm
Korreferent: Professor Dr. G. W. Korting
Tag der mündl. Prüfung: 21. Juli 1966



Gesamtherstellung: Ditters Bürodienst, Mainz/Rh.

INHALTSVERZEICHNIS

Seite

EINLEITUNG	1
I. HISTORISCHE VORBEMERKUNGEN	1
II. BEGRIFFSBESTIMMUNG UND EINTEILUNG DER PURPURA	3
III. DAS KLINISCHE BILD DER PURPURAFORMEN	5
A. Thrombocyto gene Purpuraformen	5
1. Essentielle Thrombopenie (Werlhof)	5
2. Hereditäre hämorrhagische Thrombasthenie (Glanzmann)	6
3. Konstitutionelle Thrombopathie (Willebrand- Jürgens)	6
4. Symptomatische Thrombopenien	7
B. Vasculäre Purpuraformen	8
1. Purpura Schönlein-Henoch	8
2. Purpura fulminans (Henoch)	9
3. Gruppe der progressiven Pigmentpurpura	9
4. Purpura senilis	10
5. Purpura hyperglobulinämica (Waldenström) . . .	10
6. Symptomatisch-vasculäre Purpuraformen	11
IV. THERAPIE	11
V. KASUISTIK	12
VI. KATAMNESTISCHE UNTERSUCHUNGEN	54
1. Häufigkeit der verschiedenen Purpuraformen	54
2. Jahreszeitliches Vorkommen	55
3. Altersverteilung der verschiedenen Purpuraformen . . .	55
4. Geschlechtsverteilung	56
5. Konstitution und Purpura	56
6. Lokalisation der Veränderungen	57
7. Mikrohämaturie bei Purpura	58
8. Juckreiz bei Purpura	58
9. Hämatologische Veränderungen	58
a) rotes Blutbild	58
b) weißes Blutbild	59

c) Thrombocyten	60
d) Gerinnungs- und Blutungszeit	60
e) B. S. G.	61
f) Serumelektrophorese bei Purpura	61
10. Blutdruckveränderungen	62
11. Arzneimittelbedingte Purpura	63
12. Therapie.	64
VII. ZUSAMMENFASSUNG	65
VIII. LITERATURVERZEICHNIS	68

EINLEITUNG

Purpura als Symptom besitzt auch für das Fach der Dermatologie, vor allem im Hinblick darauf, daß schon aus der Morphologie heraus Rückschlüsse auf die Ursache bzw. auf die Noxe gezogen werden können, eine große Bedeutung. Hier sind es vor allem die Gruppen der sogenannten progressiven Pigmentpurpura, der Purpura Schönlein und der sicher arzneimittelbedingten Purpura, die den Hauptanteil des Krankengutes ausmachen.

Nach einer Übersicht über die einzelnen Purpuraformen war es Aufgabe dieser Arbeit, an Hand der Purpurafälle der Jahre 1960 bis 1964 der Universitäts-Hautklinik Mainz katamnestische Untersuchungen anzustellen. Es wurden hierbei klinische Besonderheiten, wie Häufigkeit der verschiedenen Purpuraformen, jahreszeitliches Vorkommen, Altersverteilung der verschiedenen Purpuraformen, Geschlechtsverteilung, Konstitution und Purpura, Lokalisation der Veränderungen, Mikrohämaturie bei Purpura, Juckreiz bei Purpura, Hämatologische Veränderungen, Blutdruckveränderungen, Vorkommen von Arzneimitteln als Ursache einer Purpura und die Therapie analysiert.

In der vorliegenden kasuistischen Arbeit wurden die Ergebnisse rein beschreibend dargelegt.

I. HISTORISCHE VORBEMERKUNG

Das Wort "Purpura" war schon den alten Ägyptern geläufig als Bezeichnung für den im Altertum hochgeschätzten violetten Farbstoff der Purpurschnecke. Auch bei Aristoteles wird es in diesem Zusammenhang erwähnt. Schon in frühester Zeit jedoch, kam es zu einer Begriffserweiterung; Homer bezeichnet nämlich in seinen Schriften - angeregt durch die Farbanalogie - die Farbe des Blutes als "πορφυρεος", z.B., Hom. II. XVII, V. 360 f :

"αἷματι δὲ χθών δέυετο πορφυρέῳ"

(von purpurnem Blut floß der Boden umher).

In der Folgezeit hatte es dann aber nur als Farbe königlicher Gewänder und damit als Symbol der Macht Bedeutung (WÜST). Erst seit dem 18. Jahrhundert nimmt der Begriff Purpura einen festen Platz in der medizinischen Nomenklatur ein. Er wurde zum Terminus für alle fleckförmigen Haut- und Schleimhautverfärbungen auf Grund von Blutaustritten durch die Gefäßwände. Schon bald aber mußte man erkennen, daß diesem klinischen Bild keine pathogenetische Einheit zu Grunde lag, sondern daß es vielmehr ein Symptom verschiedener Grundstörungen darstellt.

1735 gelang es als erstem WERLHOF eine der Grundkrankheiten (Morbus maculosus Werlhof) abzutrennen, als deren Ursache DENYS, BROHM und KRAUS (1883, 1887) einen exzessiven Blutplättchenmangel erkannten.

1832 wurde von SCHÖNLEIN, 1879 ergänzt von HENOCHE, eine weitere Grundkrankheit (Purpura Schönlein-Henoch) abgegrenzt und schon gewisse Zusammenhänge mit rheumatischen Beschwerden gesehen.

Auch MAJOCCHI (1896) und später SCHAMBERG (1901) konnten weitere Krankheitsbilder abtrennen, die heute als Progressive Pigmentpurpura zusammengefaßt werden.

1897 beschrieb HENOCHE eine weitere Form (Purpura fulminans), deren klinisches Bild durch besondere Schwere gekennzeichnet ist.

1918 grenzte GLANZMANN die auf einer funktionellen Störung beruhende Thrombasthenie ab, während WILLEBRAND und JÜRGENS 1931 die konstitutionelle Thrombopathie, MOSCHCOWITZ 1924 die thrombotische thrombopenische Purpura und WALDENSTRÖM 1948 die Purpura hyperglobulinämica als selbständige Purpuraformen herausarbeiteten.

Besondere Verdienste um Ätiologie, Pathogenese und Klassifizierungen der verschiedenen Purpuraformen kommen ferner NAEGELI (1831), BROHM, KRAUS (1883), DENYS (1889), GOTTRON (1931), SOULIER (1948), MORAWITZ und FRANK zu.

II. BEGRIFFSBESTIMMUNG UND EINTEILUNG DER PURPURA

Nach dem heutigen Stand des Wissens stellt die Purpura ein bestimmtes Kontingent - hinter dem sich allerdings eine ätiologische Vielheit verbirgt - des Oberbegriffs "Hämorrhagische Diathese" dar, das heißt Blutaustritte per diapedesin durch die unverletzte Wand der Angiolen ins Gewebe (LEVRAT, ROCHE und BRUEL). Dabei ergeben sich je nach der Tiefe des Sitzes und der Abbau-phase des Hämoglobins (Hb) die verschiedensten Farbtöne zwischen rot, blau-rot, gelbgrün und blau, sowie je nach der Ausdehnung der Veränderungen punktförmige (Petechien), strichförmige (Vibices), fleckförmige (Ekchymosen) und flächenhafte (Sugillationen und Suffusionen) Blutungsherde (FRANK).

Davon sind für die Purpura typisch klein- und kleinstfleckige Herde, also Petechien und Ekchymosen, deren Entstehung durch thrombocyto gene oder vasogene Störungen bedingt ist, während die großflächigen hämorrhagischen Diathesen durch plasmatische Gerinnungsstörungen hervorgerufen werden und außerhalb des Begriffes "Purpura" stehen (BEGEMANN).

Wie schon erwähnt, wurden im Laufe der Zeit die verschiedensten Klassifikationsversuche unternommen und Einteilungsmöglichkeiten vorgeschlagen.

Eine erste Klärung des umfassenden Komplexes geschah durch MORAWITZ, der eine Einteilung nach den ätiologischen Grundlagen der Einzelkrankheiten vornahm, die zwar einen wichtigen Fortschritt bedeutete, aber letztlich in Ermangelung des Wissens um die Ätiologie vieler Formen, der klinischen Systematik nicht gerecht werden konnte. 1955 schlug JÜRGENS deshalb eine Einteilung nach dem in der Medizin immer angestrebten "ganzheitlichen Prinzip" vor, das das Symptomenbild, den Verlauf, die Pathophysiologie und die Ätiologie, kurz die Nosologie, insgesamt umfaßte. Obwohl nach dieser Systematik die Krankheit ideal als funktioneller Ablauf des ganzen Organismus und nicht als Teilstörung erfaßbar gewesen wäre, blieb die erwartete Klärung und Übersichtlichkeit des Begriffes "Purpura" aus, so daß JÜRGENS selbst diese Art der Klassifikation wieder verwarf und ein neues Einteilungsschema, diesmal nach der Pathogenese der Krankheiten, entwarf.

Dieses Schema ist das heute am meisten anerkannte und aktuellste (BLAICH, KOLLER, STORCK u. a.). Es umfaßt in seiner groben Einteilung die drei großen Gruppen der hämorrhagischen Diathese, geordnet nach ihrer Pathogenese, in plasmatische Gerinnungsstörungen, thrombocyto gene (celluläre)

Störungen und vasogene Störungen, wobei die letzteren mit dem Begriff "Purpura" identisch sind, während die erste außerhalb dieses Rahmens und somit außerhalb des Anliegens dieser Arbeit liegt.

Im einzelnen ergibt sich an Hand des JÜRGENSschen Schemas folgende Einteilung der Purpuraformen:

A. Thrombocyto gene Störungen

a) Thrombopenien

1. Essentielle Thrombopenie (Morbus maculosus Werlhof)
2. Symptomatische Thrombopenien

b) Thrombopathien

1. Hereditäre hämorrhagische Thrombasthenie (Glanzmann)
2. Konstitutionelle Thrombopathie (Willebrand-Jürgens)
3. Symptomatische Thrombopathien

B. Vasogene Störungen (Vasopathien)

1. Purpura Schönlein-Henoch
2. Purpura anularis teleangiectoides (Majocchi)
3. Purpura Schamberg
4. Purpura fulminans (Henoch)
5. Purpura senilis
6. Skorbut

III. DAS KLINISCHE BILD DER PURPURAFORMEN - im allgemeinen und im besonderen -

Obwohl die Purpura - wie oben erwähnt - den Sammelbegriff verschiedenster Krankheiten darstellt, zeigt das makroskopisch-klinische Bild doch viel Gemeinsames.

Es finden sich in allen Fällen kleinleckige Hämorrhagien an Haut und Schleimhäuten, die nach dem von GOTTRON geprägten Begriff der "Außenbild-Innenbild-Betrachtung" auch an den inneren Organen vermutet werden müssen. Der anatomische Ort dieser Blutungen sind die Arteriolen, Venolen (LEVRAT, ROCHE und BRUEL) vor allem aber die Kapillaren (HUMBLE). Was die Lokalisation betrifft, so ist eine Verallgemeinerung kaum möglich, wenngleich auch als besonderes Typikum die Häufigkeit der Herde in den abhängigen Partien, besonders der unteren Extremitäten auffällt (FRANK, WALDENSTRÖM und GLANZMANN), begünstigt durch die hier vorhandenen besonderen orthostatischen Kreislaufverhältnisse. Gemeinsames Charakteristikum ist auch - bedingt durch die Natur ihrer Entstehung - die Unauslöschbarkeit der Effloreszenzen mittels Glasspateldruck.

A. THROMBOCYTOGENE PURPURAFORMEN

Hierbei handelt es sich um Störungen, die durch eine quantitative oder qualitative Unzulänglichkeit der Thrombocyten selbst bedingt sind.

1. Essentielle Thrombopenie (Werlhof)

Bei dieser Form handelt es sich um eine, plötzlich beginnende oder mit Prodromi - wie Kopfschmerzen und Abgeschlagenheit - einhergehende, Krankheit, die durch einen hochgradigen Mangel an Thrombocyten und Auftreten pathologischer Formen gekennzeichnet ist. Die Ursache ist bis heute noch nicht geklärt. Es kommt spontan und traumatisch zu punktförmigen bis flächenhaften Blutungen an den Schleimhäuten und der Haut (FRANK), mit besonderer Betonung der Streckseiten der Unterschenkel und des Thoraxbereiches. Oft findet sich eine geringe Milzvergrößerung. Was den Verlauf betrifft, so läßt sich eine akute Form, die sich in einem einzigen Schub erschöpft, abgrenzen von einer chronisch recidivierenden Art, die sich mit

abnehmender Intensität über Jahre hinziehen kann. Bevorzugt werden jugendliche Personen im Alter zwischen 15 und 20 Jahren (FRANK). Klinisch fällt ein positives Rumpel-Leede-Phänomen (FRANK), Verminderung der Blutplättchen (BROHM, DENYS) und eine verlängerte Gerinnungszeit und Blutungszeit (HAYEM, DUKE) auf. Die Prognose ist insgesamt gut, abgesehen von Fällen mit hochgradigen cerebralen Blutungen.

2. Hereditäre hämorrhagische Thrombasthenie (Glanzmann)

Dieses Krankheitsbild beginnt bereits in früher Kindheit. Es beruht auf einer recessiv vererbten Minderwertigkeit der Thrombocyten (BRAUNSTEINER, MARX), die dem zu Folge zwar insuffizient, aber in normaler Anzahl vorhanden sind (GLANZMANN). Die Ursache ihrer herabgesetzten Funktion liegt in der Unfähigkeit Pseudopodien zu bilden, sich auszubreiten, sich zu aggregieren und eine Retraktion vorzunehmen (BRAUNSTEINER und Mitarbeiter). Auch morphologisch findet man sie verändert, z.B. als Mikro- und Makroformen. Klinisch bestehen zeitlebens bei den betroffenen Menschen ähnliche Bilder, wie sie beim Morbus Werlhof beschrieben wurden. Die Blutungszeit ist verlängert, ebenso die Retraktionsphase; das Rumpel-Leede-Phänomen ist positiv. Die Prognose ist dubiös, da es zu lebensbedrohlichen Blutungen und hier besonders im Zusammenhang mit Traumen, z.B. Tonsillektomie, Zahnextraktion, kommen kann (FRANK).

3. Konstitutionelle Thrombopathie (Willebrand-Jürgens)

Der Beginn der Krankheit manifestiert sich meist schon in der Säuglingszeit. Kennzeichnend ist eine dominant vererbte Funktionsstörung der Plättchen (JÜRGENS), ohne daß sich eine morphologische Abweichung oder eine Verminderung ihrer Zahl erkennen läßt. Es handelt sich um eine Thrombopathie mit pathologischem Prothrombinverbrauch (BERNARD, SOULIER). Offenbar ist dieses Geschehen jedoch komplexer Natur (ACHENBACH, LARRIEU, SOULIER), da auch eindeutige plasmatische und vasculäre Störungen (JÜRGENS) gleichzeitig vorliegen. Das klinische Bild gleicht mehr dem der Hämophilie; im Vordergrund stehen hauptsächlich Schleimhautblutungen im Mund-Nasen-Bereich, aber auch Blutungen in die Haut und in innere Organe mit mehr flächenhaftem Charakter, ja selbst solche in die Gelenkkapseln. Die Blutungs-

zeit ist bei normaler Plättchenzahl hochgradig verlängert; auch das Rumpel-Leede-Phänomen ist positiv. Die Gerinnungszeit dagegen ist nur geringgradig gestört oder auch normal. Die Prognose ist die gleiche wie bei der Thrombasthenie (GLANMANN).

4. Symptomatische Thrombopenien

Purpura tritt recht häufig als Symptom bei verschiedenen Grundkrankheiten auf, und zwar bei solchen, die vor allem eine Minderung der Thrombocytenzahl zur Folge haben, wie z.B.:

- a) Leukämien, Myelome (WUHRMANN, ESSER), metastasierende Carcinome, Strahlenschäden (BAUER). Der Thrombocytenmangel kann dabei das Resultat einer direkten Schädigung des Knochenmarkes im Sinne einer mechanischen Verdrängung oder eines sekundären toxischen Effektes sein, wobei eine Hemmung der Funktion durch die zu Grunde liegende Krankheit stattfindet.
- b) Andere Primärkrankheiten, besonders Infekte (KLIMA) wie Scharlach (ACKROYD), Diphtherie, Masern, Typhus, Meningokokkensepsis und Foci, schädigen das Knochenmark auf rein toxischem Wege und veranlassen so einen Thrombocytensturz mit nachfolgenden Hämorrhagien.

Aber nicht nur Bakterien und körpereigene Toxine können das Myelon in dieser negativen Weise beeinflussen, sondern auch exogen zugeführte Stoffe, besonders Arzneimittel, wie z.B. Sedormid (SCHULZ), Chinin (KLIMA), Adalin (MULZER, HABERMANN), Sulfonamide (ACKROYD), Barbiturate, Benzol usw. (FRANK). Neben der rein toxischen Schädigung sind hier die sogenannten Immuno-Thrombopenien zu erwähnen, bei denen durch eine Antigen-Antikörperreaktion eine Thrombopenie hervorgerufen wird (MIESCHER). Pharmakon und Thrombocyt sollen danach ein Partialantigen bilden. Die Wirkung von endogenen und exogenen Noxen auf die Thrombocyten spielen sich einmal am Knochenmark, zum anderen an den Thrombocyten selbst ab. Die Schädigungen können sich auch direkt am Gefäßsystem auswirken und so zu vasogenen Purpuraformen führen, die weiter unten behandelt werden sollen.

Das klinische Bild der reinen symptomatischen Thrombopenien zeigt einfache Hämorrhagien und gleicht somit dem der essentiellen Thrombopenie. Die Prognose richtet sich nach dem Grundleiden bzw. nach der Ursache.

B. VASCULÄRE PURPURAFORMEN

Bei den thrombocytogenen Purpuraformen gesellt sich zu dem Hauptsymptom der Blutplättchenstörung meist auch eine gewisse vasculäre Komponente (ACKROYD, KLIMA). Dagegen liegen den vasculären Purpuraformen ausschließlich pathologische Zustände der Gefäßwände zu Grunde, ohne daß sich Abartigkeiten der Thrombocyten nachweisen lassen.

1. Purpura Schönlein-Henoch

Betroffen werden vor allem Kinder und Jugendliche männlichen Geschlechtes (ACKROYD, BLAICH). Meist geht der Manifestation ein Infekt voraus, unter den klinischen Erscheinungen wie Appetitlosigkeit, Fieber, Abdominal- und Gelenkschmerzen. Mehrere Autoren sehen die Pathogenese der Krankheit in einer allergischen Kapillartoxikose auf der Grundlage einer allergisch-rheumatischen Schädigung (KLINGE, RÖSSLE, VEIL u. a.). Entgegen dieser Auffassung schlägt GOTTRON eine Benennung als Rheumatoid vor, das beinhaltet, daß zwar klinisch rheumaähnliche Beschwerden auftreten, es sich pathologisch-anatomisch aber keinesfalls um Rheumatismus handelt. Im Laufe der Erkrankung kommt es zu einer in Phasen ablaufenden Strömungsverlangsamung mit Gefäßerweiterung im Bereich der Kapillaren, was zunächst eine Insudation mit plattenartigen, erythematösen Bildern zur Folge hat, später eine Erythrodiapedese, wodurch sich in den Erythemen punktförmige Hämorrhagien zeigen. Sie lokalisieren sich hauptsächlich an den Extremitäten, mit Bevorzugung der Streckseiten der Unterschenkel. Eine besondere und schwere Verlaufsform (HENOCH) zeigt daneben schwere Schleimhautblutungen im Intestinaltrakt mit Koliken und blutigen Durchfällen. Als besondere Komplikation kann auch eine hämorrhagische Nephritis auftreten. Das Blutbild der Kranken zeigt regelmäßig eine Leukocytose und eine Erhöhung der BSG, oftmals auch eine Eosinophilie. Das Rumpel-Leede-Phänomen ist nicht immer positiv.

Die Prognose ist durchaus gut, kann jedoch durch Rückfälle getrübt werden.

2. Purpura fulminans (Henoch)

Diese Krankheit, die hauptsächlich bei Kindern auftritt (NAEGELI), aber auch in einer Erwachsenenform existiert, schließt sich oft an eine Vorerkrankung, wie Scharlach (KLIMA, HEILMEYER), Varizellen, Meningitis oder Pneumonie (HEILMEYER) an. Es kommt im Laufe von Stunden zu ausgedehnten, ganze Körperteile und Extremitäten bedeckende Ekchymosen, in deren Bereich die Haut glatt und gespannt ist. Die Oberhaut kann sich serös-blasig abheben; in der Tiefe reichen Hämatome oft bis zur Muskelfascie. Die Schleimhäute sind nicht betroffen. Im allgemeinen bestehen hochgradige Fieberdelirien und Erbrechen. Der Verlauf kann so foudroyant sein, daß er im Laufe von Tagen und Wochen zum Tode führt.

3. Gruppe der progressiven Pigmentpurpura/Purpura Majocchi, Purpura teleangiectatica arciformis (TOURAINÉ), Purpura Schamberg

Die von Majocchi beschriebene Krankheit betrifft hauptsächlich Männer zwischen dem 3. und 5. Lebensjahrzehnt. Es finden sich dabei symmetrische, an den unteren Extremitäten meist ringförmige, einem Gefäßkegel entsprechende, aber auch polycyclische und strichförmige kleinste follikuläre Hämorrhagien, deren Endzustand in Pigmentierungen aber auch seltener in zarten Atrophien vorliegen kann. Als gleichartig ist eine von SCHAMBERG beschriebene progressive Pigmentpurpura anzusehen, die aber statt der Ringform mehr Münzform zeigt. Eine weitere Variante der progressiven Pigmentpurpura ist die von TOURAINÉ herausgestellte Purpura teleangiectatica arciformis, die jedoch keine selbständige Krankheit darstellt (BREHM). Pathogenetisch handelt es sich bei der progressiven Pigmentpurpura zunächst um funktionelle periphere Gefäßverengungen, die in manchen Fällen auf Grund eines vermuteten labilen Hypertonus anfangs eine pralle Füllung der Kapillaren mit Strömungsverlangsamung, später eine Erythrodiapedese zur Folge haben (MAJOCCHI, GOTTRON). Daneben kommt es ebenfalls zur Transudation der Lymphocyten und Leukocyten, die mit ruhenden perivaskulären Fibroblasten ein Infiltrat bilden. Die Bestandsdauer beträgt bei einer sehr langsamen Entwicklungszeit der Veränderungen Wochen bis Monate und Jahre. Recidive sind selten, kommen aber vor. Oft findet man als Ursache der Erkrankung Schädigungen der Gefäße durch Arzneimittel. Die Prognose ist quoad vitam gut, quoad sanationem weniger günstig.

4. Purpura senilis

Das Krankheitsbild tritt meistens jenseits des 65. Lebensjahres und oft bei Individuen in reduziertem Allgemeinzustand auf und äußert sich in punktförmigen bis münzgroßen Herden, vornehmlich an den Handrücken und den Streckseiten der Vorderarme und Unterschenkel (PASINI). Ihre Entstehung wird teils in atraumatischen und teils in traumatischen Ereignissen bei primärer Unversehrtheit, jedoch erhöhter Fragilität der Endbahngefäße gesehen (GOTT-
RON). Die Blutaustritte können dabei sowohl per diapedesin, als auch per rhexin zu Stande kommen. Der Verlauf ist chronisch und nicht beeinflussbar. Die Krankheit ist Ausdruck der Verminderung und Einschränkung der Lebensfunktionen überhaupt, wie sie dem Alter eigen ist (KORTING).

5. Purpura hyperglobulinämica (Waldenström)

Bei dieser Form findet man zahlreiche regellos ausgedehnte Petechien an den Beinen und Armen, seltener auch an den Schleimhäuten der Mundhöhle und des Kehlkopfes. Im Blut der Kranken findet man regelmäßig eine Erhöhung der Gamma-Globuline und damit auch der BSG. Pathogenetisch stellt die Krankheit wahrscheinlich keine Einheit dar (BEGEMANN, HARWERTH). So faßt z. B. WALDENSTRÖM die nach ihm benannte Krankheit als eine hyperergische Reaktion des RES auf, welche wiederum zu einer Dysproteinämie bzw. Paraproteinämie (SCHMENGLER, HAENSCH) und damit zu einer Permeabilitätsstörung der Kapillaren führt (WUNDERLY, WUHRMANN), während BENDER, GERLACH u. a. die Purpura Waldenström als eine chronische Verlaufsform der Purpura Schönlein ansehen, da bei dieser Form auch Gamma-Globulinvermehrung vorkommt.

Außerdem stellten in diesem Zusammenhang KORTING und ADAM sowie HAENSCH fest, daß bei anderen Erkrankungen, z. B. Hepatopathien, chronischen Entzündungen u. a., auch Hypergammaglobulinämie auftreten kann. In einem Falle von Purpura hyperglobulinämica fanden KORTING und BREHM einen positiven Coombstest, woraus auf das Vorkommen von Autoantikörper geschlossen werden kann. Der Verlauf ist chronisch recidivierend über Jahre hin, die Prognose richtet sich nach dem Grundleiden.

6. Symptomatisch-vasculäre Purpuraformen

Wie oben schon erwähnt, können im Laufe von Vorerkrankungen, besonders Neoplasmen und Infekten, endogene Toxine und Bakterien-Toxine (KLIMA) auftreten, die im Stande sind, die Gefäßwände direkt zu schädigen oder aber auf dem Wege einer Antigen-Antikörperreaktion deren Permeabilität zu beeinflussen. Das letztere gilt in besonderem Grade auch für Pharmaka, bei denen es durch eine Hyperergisierung zu Immunreaktionen kommen kann, die sich als Kapillarschäden manifestieren (ACKROYD). Hier muß jedoch erwähnt werden, daß sich Schädigungen durch Arzneimittel sowohl am Knochenmark als auch an den Thrombocyten oder den Gefäßwänden selber zeigen können. Bei den reinen vasculären Formen entstehen Bilder, die meist einer Purpura Schönlein entsprechen. Der Verlauf richtet sich nach dem Weiterwirken der Noxe.

IV. THERAPIE

Die therapeutischen Möglichkeiten sind bei den meisten Purpuraformen begrenzt. Thrombopenische Zustandsbilder können durch Bluttransfusionen beeinflußt werden (SCHOEN, HOFF), während bei den ausgesprochenen vasculären Blutungen gefäßabdichtende und adstringierende Mittel, wie Clauden, Rutin, Calcium, Vitamin C (BLAICH) angezeigt sind. Bei eindeutig exogen ausgelösten Purpuraformen oder bei allergischen Geschehen besteht die Therapie im Vermeiden der Noxe (GROSS) und im Verabreichen von Antihistaminika bzw. Antiallergika. Bei recidivierendem Morbus Schönlein kann eine Fokalsanierung versucht werden. Die Splenektomie wird auch heute noch von vielen Autoren (GROSS, SCHOEN u. a.) besonders bei der chronischen idiopathischen Thrombopenie vorgeschlagen, ist aber in ihrem therapeutischen Erfolg umstritten.

Neue Gesichtspunkte in der Therapie haben sich durch die Verabreichung von Glycocorticoiden und ACTH (ACHENBACH, HOFF) ergeben, die besonders bei den Immunthrombocytopenien und allergisch bedingten Purpuraformen angezeigt sind. Bei Thrombopenien wird auch ein Antibiotikaschutz erforderlich. In schweren Fällen, bei denen spontan oder nach Medikation die Thrombocytenzahl nicht ansteigt, sind Übertragungen von thrombocytenreichem Plasma indiziert.

V. KASUISTIK ANHAND VON FÜNFZIG KRANKENGESCHICH-
TEN DER MAINZER UNIVERSITÄTS-HAUTKLINIK IN DEN
JAHREN 1960 BIS 1964

Fall Nr. 1 - D.L. - 82 J. - ♂ - Kriminalsekretär a. D.

F. A.: Ohne Besonderheiten

E. A.: Im ersten Weltkrieg Oberschenkelschuß, mit 77 Jahren Lungen-
entzündung, seit dem letzten Jahr Diabetes mellitus mit Nadisan-
behandlung (1/2 Tabl. tgl.)

J. A.: Seit 5 Tagen Nasenbluten und "Bläschenausschlag" im Gesicht

Allgem. pyknischer Patient

Befund: R.R.: 180/80

Haut-

befund: Gesicht insgesamt weich ödematös, Brillenhämatom, namentlich
auch im Unterlippenbereich dickwülstig ausgeprägt. Rechte Schä-
delhälfte von dichtsitzenden z. T. konfluierenden Zostereffloreszen-
zen hämorrhagisch blaubeerartig überkrustet. Aberrierende Zoster-
effloreszenzen mit ebenfalls deutlicher hämorrhagischer Note im
Bereich des Stammes.

Diagnose: Purpura Werlhof bei Herpes zoster

Labor-

befunde: B.S.G.: 9/21

Blutbild: Hb. 95 %/Erythro. 4.08 Mill./Leuko. 8.000

Baso. 2/Stabk. 1/Segmentk. 67/Lympho. 28/Mono. 2

Thromb.: 53.000/Blutungszeit: 2'/Gerinnungszeit: 3'30"

Blutzucker: 177 mg %

Rest-N.: 33,6 mg %

Urinsediment: Ery. + / Leuko. + / Krist. +

Therapie
und

Verlauf: Lokal mit Aureomycinsalbe behandelt. Zur Vermeidung einer se-
kundären Infektion Reverininjektionen 250 mg i. v. /die. Die sich
ausbreitende Purpura wurde außerdem mit Styptobion behandelt.
Verhältnismäßig schnelle Besserung der Hautveränderungen - etwa
nach 15 Tagen.

Fall Nr. 2 - G.G. - 22 J. - ♀ - Arbeiterin

F. A.: Ohne Besonderheiten

E. A.: Mit 17 Jahren Appendektomie, seit einigen Jahren Magengeschwür,
vor 6 Wochen Angina

J. A.: Seit einem Monat treten Hautveränderungen auf. In letzter Zeit
auch wieder Magenbeschwerden. Die Patientin nimmt Schmerz-
und Beruhigungstabletten.

Allgem.

Befund: Leptosomen Patientin in gutem A. Z. und E. Z.
Tonsillen etwas vergrößert
R. R.: 120/80

Haut-

befund: Befallen sind die Oberarme, der Unterbauch und die Oberschenkel.
Man sieht stecknadelspitz- bis pfenniggroße zartbraune bis
rötliche und dunkelrote Erytheme. Nach Kneifen treten Punkt-
blutungen auf.

Diagnose: Purpura Majocchi

Histolog.

Befund: Im Bereich des oberen Gefäßplexus finden sich geringfügige ent-
zündliche Infiltrate um die erweiterten Blutgefäße, die aus
Lymphocyten und Histocyten bestehen. Polymorphkernige Leuko-
cyten und Leukoklasien sind nicht zu beobachten. Auffällig sind
jedoch zahlreiche extravasale Blutaustritte.

Laborbe-

funde: B. S. G.: 2/5
Blutbild: Hb. 88 % / Erythro. 3,84 Mill. / Leuko. 5000 /
Eos. 2 / Stabk. 2 / Segmentk. 47 / Lympho. 49
Thromb.: 217.000 / Blutungszeit: 2' / Gerinnungszeit: 2'30"
Serumlabilitätsproben: Takata 100 mg % / Thymol + /
Weltmann 1 - 8

Rest-N.: 26 mg %

Urinsediment: Ery. - / Leuko. + / Epith. +++

Therapie
und

Verlauf: Calcibronat 3 x 1 tgl.

Die Effloreszenzen blassen ab. Nach 9 Tagen wird die Patientin
auf eigenen Wunsch entlassen.

Fall Nr. 3 - B.C. - 12 Jahre - ♀ - Schülerin

F. A.: Ohne Besonderheiten

E. A.: Als Kleinkind längere Zeit Furunkulose am Stamm, oft Hals-entzündung, mit 10 Jahren Appendektomie

J. A.: Vor etwa 4 Monaten zeigten sich erstmals Hauterscheinungen an der Dorsalseite des rechten Unterarmes, die sich bis heute noch nicht verändert haben.

Allgem.

Befund: Leptosome Patientin, Leber am Rippenbogen rechts tastbar, gering druckempfindlich

R. R.: -

Haut-

befund: Befallen ist die Radialfläche des rechten Unterarmes. Es finden sich hier knapp linsengroße im Hautniveau gelegene karmin- bis livid-rote Maculae, die auf Glasspateldruck nicht wegdrückbar sind. An den Rändern ist jeweils ein schmaler bräunlicher Pigmentsaum zu sehen.

Diagnose: Purpura Majocchi

Histolog.

Befund: Im Stratum papillare finden sich diffuse entzündliche Infiltrate aus Lymphocyten, Histiocyten, polymorphkernigen und eosinophilen Leukocyten, gelegentlich Leukoklasie. Die Blutgefäße sind erweitert und mit Blut gefüllt. Auch extravasale Blutaustritte sind sichtbar.

Laborbe-

funde: B. S. G.: 7/15

Blutbild: Hb. 97 % / Erythro. 4,8 Mill. / Leuko 8200 /
Eos. 1 / Stabk. 1 / Segmentk. 57 / Lympho. 37 / Mono 4
Thromb.: 211.200 / Blutungszeit: 2'20" / Gerinnungszeit: 3'10"
Serumlabilitätsproben: Takata 100 mg % / Thymol + /
Weltmann 1 - 7

Therapie
und

Verlauf: Ecomytrin - H - Salbe, Fortecortinsalbe - lokal.

Die Patientin wurde wegen einer chronischen Tonsillitis zur Tonsillektomie in die Hals-Nasen-Ohren-Klinik verlegt.

Fall Nr. 4 - V.H. - 35 J. - ♂ - Maurer

F. A.: Ohne Besonderheiten

E. A.: Mit 8 Jahren Mandel- und Polypenentfernung,
mit 31 Jahren Venenentzündung,
mit 33 Jahren Unterschenkel-Ulcera re.

J. A.: Anfang Oktober 1963 Thrombophlebitis am rechten Unterschenkel. Seit ca. 6 Wochen punktförmige Blutungen an beiden Unterschenkeln.

Allgem.

Befund: R. R.: 150/90

Hautbefund:

Befallen sind beide Unterschenkel. Über den Streckseiten der distalen Unterschenkelhälften finden sich stecknadelkopf-große rote bis livide Blutungsherde.

Diagnose: Purpura Majocchi

Laborbefunde:

B. S. G.: 1/3

Blutbild: Hb. 105 % / Erythro. 4,6 Mill. / Leuko 4800
Segmentk. 60 / Lympho. 37 / Mono. 3

Thromb.: 164.500

Serumelektrophorese: Albumine 55,6 % / Globuline-Alpha
1 : 4,2 % / -Alpha 2 : 6,5 % / -Beta : 11,7 % / -Gamma :
22 % /

Gesamteiweiß: 8,3 g %

Antistreptolysintiter: 120 E

Urinsediment: Ery. - / Leuko. +

Therapie
und

Verlauf:

Intern: Styptobion und Birutan je 3 x 1 Tabl. tgl.

Lokal: Lasonilsalbe

Nach einer Woche bekam er außerdem 3 x 2 Elestol tgl., das jedoch nach 4 Tagen abgesetzt werden mußte, weil frische Punktblutungen auftraten. Dafür wurde Prednison 3 x 5 mg und 1000 mg Vitamin C tgl. verabreicht.

Keine neuen Blutungen, schnelle Tendenz zur Besserung.

Fall Nr. 5 - R.A. - 20 J. - ♂ - Maschinist

F.A.: Mutter an Ca. verstorben, keine weiteren Besonderheiten

E.A.: Ohne Besonderheiten

J.A.: Vor 2 1/2 Jahren sind erstmals münzgroße rötlich-braune Flecken am rechten Unterschenkel aufgetreten. Trotz Behandlung dehnten sie sich auf beide Unterschenkel und die Unterarme aus. Die frischen Flecke sind von hellroter Farbe.

Allgem.

Befund: Pyknischer Patient in gutem A. Z. und E. Z.

R.R.: 125/80 bis 170/95

Haut-

befund: Befallen sind die Hände und Unterarme sowie Füße und Unterschenkel. An den bezeichneten Stellen finden sich stecknadelkopfgroße bis flächenhafte rötlich-braune Maculae.

Diagnose: Purpura Majocchi

Laborbe- B.S.G.: 2/7

funde: Blutbild: Hb. 100 % / Erythro. 4,9 Mill. / Leuko. 13000 /
Eos. 3 / Stabk. 1 / Segmentk. 61 / Lympho. 32 / Mono. 3
Thromb.: 166.600 / Blutungszeit: 5'36" / Gerinnungszeit: 3'48"
Serumelektrophorese: Albumine: 61 % / Globuline-Alpha 1 : 4 % /
-Alpha 2 : 10 % / -Beta : 10 % / -Gamma : 15 % /
Gesamteiweiß: 7,3 g %

Serumlabilitätsproben: Thymol - / Takata 100 mg % /

Weltmann 1 - 7

Urinsediment: Ery. - / Leuko. +

Therapie
und

Verlauf: Reparil 2 mg i.v. täglich
Nur langsame Besserung.

Fall Nr. 6 - S.S. - 47 J. - ♂ - Bundesbahnbeamter

F.A.: Ohne Besonderheiten

E.A.: Doppelseitige Lungenentzündung, seit 4 Jahren am rechten Oberschenkel ein pagetoides Basaliom

J.A.: Seit einem Jahr Auftreten kleiner, etwa stecknadelkopfgroßer Herde, die teils aufgehen und Schorf tragen, teils nur in der Größe von Fünfmarkstücken einen vergilbt-braunen Farbton annehmen.

Allgem.

Befund: Pyknischer Patient in gutem A.Z. und E.Z.
Leber unter dem Rippenbogen tastbar
R.R.: 150/90

Haut-

befund: Befallen sind die Unterschenkel. Man sieht dort einige pfennig- bis markstückgroße Herde, scharf gegen die normale Haut abgegrenzt, leicht infiltriert mit bräunlich-rotem Colorit. An frischen Herden erkennt man z.T. eine stecknadelkopfgroße zentrale Erosion. (Kratzeffekte?)

Diagnose: Purpura Majocchi

Histolog.

Befund: Zahlreiche Kapillarneubildungen mit verdickter Wandung und Endothelschwellungen, geringgradige perivaskuläre Infiltrate, vorwiegend aus Histiozyten und Lymphocyten. Außerdem ist eine Erythrocytendiapedese vorhanden.

Laborbe-

funde: B.S.G.: 2/4
Blutbild: Hb. 95 % / Erythro. 4,94 Mill. / Leuko. 7300
Segmentk. 64 / Lympho. 33 / Mono. 3
Thromb.: 276.000 / Blutungszeit: 4' / Gerinnungszeit: 5'15"
Blutzucker: 117 mg %
Urinsediment: Ery. - / Leuko. + / Epith. +

Therapie
und

Verlauf: 2 x 1 Tablette Styptobion und 1 Ampulle Reparil i.v. tgl.
Die Herde blaßten allmählich ab, bald traten keine neuen mehr auf.

Fall Nr. 7 - S.C. - 64 J. - ♀ - Hausfrau

F. A.: Sohn leidet an Asthma und Furunkulose

E. A.: Vier Aborte, vor 10 Jahren hatte die Patientin "offene Beine" und erstmals rote Flecken an den Unterschenkeln, die immer wieder auftreten. Nimmt öfters wegen Kopfschmerzen Melabon, Saridon oder Octadon.

J. A.: Vor 14 Tagen traten wieder die Hauterscheinungen an den Beinen auf, nachdem sie 2 Wochen zuvor an Grippe, Bronchitis und Asthma erkrankt war.

Allgem. Pyknische Patientin in gutem A. Z. und E. Z.

Befund: Leber 3 Querfinger unter dem Rippenbogen tastbar. Grobblasige Rasselgeräusche über Oberlappen beiderseits.
R. R.: 155/80

Haut-

befund: Befallen sind die unteren Extremitäten. Vorhanden sind stecknadelkopf- bis fingernagelgroße, hellrote bis blaurote, nicht wegdrückbare Erytheme.

Diagnose: Purpura Schönlein

Laborbe-

funde: B. S. G.: 23/49

Blutbild: Hb. 88 % / Erythro. 4.44 Mill. / Leuko. 6600 /

Eos. 1 / Stabk. 2 / Segmentk. 66 / Lympho. 29 / Mono. 2

Thromb.: 169.000 / Blutungszeit: 1'35" / Gerinnungszeit: 52"

Serumelektrophorese: Albumine: 56 % / Globuline-Alpha 1: 5 % /
-Alpha 2: 5 % / -Beta: 12,5 % / -Gamma: 21,5 % /

Gesamteiweiß: 7,9 g %

Desmold-Probe: keine Färbung

Urinsediment: Ery. + / Leuko. + / Epith. +

Therapie
und

Verlauf: Ruticalzon 3 x 1 Tabl., Cebion 500 mg tgl.,
lokal: Hirudoidsalbe und Lasonil.

Die Effloreszenzen blaßten ab. Nach etwa 20 Tagen Pyramidon-Test, danach neue Herde, Fortsetzung der Behandlung und nach weiteren 5 Tagen Entlassung.

Fall Nr. 8 - J.E. - 66 J. - ♀ - Hausfrau

F. A.: Ohne Besonderheiten

E. A.: Ohne Besonderheiten

J. A.: Die Hautveränderungen traten vor einem Jahr zum ersten Male auf. Bei damaliger stationärer Behandlung wurde nachgewiesen, daß neue Herde nach Einnahme von Luminal auftreten. Seit einer Woche neue Hautveränderungen mit Schmerzen und Schwellungen.

Allgem.

Befund: Pyknische Patientin in gutem A. Z. und E. Z.

R. R.: 160/95

Haut-

befund: Befallen sind die unteren Extremitäten. Dort sieht man lins- bis daumennagelgroße hell- bis dunkelbraune nicht wegdrückbare Erytheme

Diagnose: Purpura Schönlein

Laborbe-

funde: B. S. G.: 11/31

Blutbild: Hb. 95 % / Erythro. 4,21 Mill. / Leuko. 7900 /

Eos. 1 / Stabk. 1 / Segmentk. 58 / Lympho. 37 / Mono. 3

Blutungszeit: 3'49" / Gerinnungszeit: 1'46"

Serumlabilitätsproben: im Bereich der Norm

Urinsediment: Ery. - / Leuko. +

Therapie

und

Verlauf: Anfangs 500 mg Cebion, Ruticalcon 3 x 1 Tabl. tgl., weitere hämorrhagische Schübe, die Behandlung wurde auf Styptobion umgestellt 4 x 1 Tabl. und Caplex 3 x 1 Teelöffel tgl. Die Behandlung blieb 18 Tage erfolglos. Danach erfolgte eine Desensibilisierung mit Staphar, angefangen mit 1:100.000 bis unverdünnt. Keine Schübe mehr, Entlassung.

Fall Nr. 9 - Z.R. - 41 J. - ♀ - Hausfrau

F. A.: Ohne Besonderheiten

E. A.: Mit 31 Jahren Lungen- und Rippenfellentzündung, mit 37 Jahren Gehirnerschütterung, mit 35 Jahren Gallenoperation, mit 40 Jahren Totalexstirpation

J. A.: Seit 3 Wochen bestehen an beiden Unterschenkeln Hautveränderungen

Allgem.

Befund: Pyknische Patientin in gutem A. Z. und E. Z.

R. R.: 140/80

Haut-

befund: Befallen sind die beiden Unterschenkel im unteren distalen Drittel. Dort finden sich isoliert stehende linsen- bis erbsgroße braunrote Infiltrate, dabei einzelne kleinere Erytheme von bläulichem Farbton.

Diagnose: Purpura Schönlein

Histolog.

Befund: Pericapilläre histiocytäre Infiltrate. Im Bindegewebe Erythrocyten-Diapedese und Hämosiderinablagerungen

Laborbe-

funde: B. S. G.: 10/23

Blutbild: Hb. 99 % / Erythro. 4,94 Mill. / Leuko. 7800 /

Eos. 2 / Stabk. 2 / Segmentk. 51 / Lympho. 42 / Mono. 3

Thromb.: 155.000 / Blutungszeit: 5'30" / Gerinnungszeit: 3'

Antistreptolysintiter: 100 - 200 E

Urinsediment: Ery. - / Leuko. + / Epith. - / Zyl. - /

Krist. +

Therapie

und

Verlauf: Unter kleinen Gaben von Decortin (15 mg/die) und Lasonil-Behandlung gingen die Hauterscheinungen weitgehend zurück.

Fall Nr. 10 - Z.K. - 17 J. - ♀ - ohne Beruf

F. A.: Ohne Besonderheiten

E. A.: Ohne Besonderheiten

J. A.: Während der Menarche traten erstmals die Hauterscheinungen auf, seither bei jeder Periode erneutes Auftreten

Allgem.

Befund: In gutem A. Z. und E. Z.

R. R.: 120/90

Haut-

befund: Befallen sind die unteren Extremitäten, mit Betonung der Streckseiten der Unterschenkel. Dort sieht man in dessiminierter Aussaat bräunlich pigmentierte und kleinste punktförmige frische Blutaustritte, die z. T. in kinderhandtellergrößen Gruppen zusammenstehen.

Diagnose: Purpura Schönlein

Histolog.

Befund: In den oberen Bindegewebsschichten sieht man um die Blutgefäße Zellinfiltrate aus Lymphocyten, Histiocyten, polymorphkernigen Leukocyten und eosinophilen Leukocyten. Dabei ist eine Leukoklasie mit Kerentrümmern auffällig.

Laborbe-

funde: B. S. G.: 5/6

Blutbild: Hb. 85 % / Erythro. 4,38 Mill. Leuko. 6500 /

Eos. 1 / Segmentk. 53 / Lympho. 45 / Mono. 1

Thromb.: 180.000 / Blutungszeit: 2'45" / Gerinnungszeit: 3'30"

Serumlabilitätsproben: im Bereich der Norm

Therapie

und

Verlauf: Unter der Behandlung mit Ruticalzon 3 x 1 Tabl., Rutinion 1 Amp., Cebion 1000 mg tgl. traten nach einem Monat immer noch neue Herde auf. Eine internistische Untersuchung ergab einen Leberparenchymschaden. Nach Behandlung der Leber mit Hepatisan forte und Vitamin K bis zu 30 mg tgl. gingen die Hauterscheinungen zurück.

Fall Nr. 11 - O.M. - 20 J. - ♀ - Facharbeiterin

F. A.: Mutter ist Diabetikerin

E. A.: Mit 18 Jahren Salpingitis

J. A.: Vor etwa 5 Wochen traten 8 Tage vor der Menstruation erstmals rote Flecken an den Beinen auf.

Allgem.

Befund: In gutem A. Z. und E. Z.

R. R.: 115/80

Haut-

befund: Befallen sind die Unterschenkel. Man sieht dort glasstecknadelkopf- bis linsengroße bräunlich-rote Erytheme, die auf Glasspatel-druck Punktblutungen erkennen lassen.

Diagnose: Purpura Schönlein

Laborbe-

funde: B. S. G.: 8/19

Blutbild: Hb. 80 % / Erythro. 3,9 Mill. / Leuko. 9000 /
Eos. 2 / Baso. 2 / Stabk. 1 / Segmentk. 75 / Lympho. 17 /
Mono. 3

Blutungszeit: 2' / Gerinnungszeit: 3'15"

Serumlabilitätsproben: im Bereich der Norm

Desmoid-Probe: keine Färbung

Urinsediment: Ery. - / Leuko. + / Epith. +

Therapie

und

Verlauf: Abdichtende Maßnahmen mit Ruticalzon und Styptobion.

Wegen leichter Subacidität: Acidol-Pepsin 3 x 1 tgl.

Nach Stapharinjektion 1 : 1000/0,1 ccm positive Reaktion und Auftreten neuer Herde. Langsame Desensibilisierung durch tägliche Stapharinjektionen in steigender Konzentration. Keine neuen Herde, Haut erscheinungsfrei.

Fall Nr. 12 - K.M. - 29 J. - ♀ - Hausfrau

F. A.: Ohne Besonderheiten

E. A.: Ohne Besonderheiten

J. A.: Vor 10 Monaten erstmals kleine rote stark juckende Flecken an den Unterschenkeln, seit 5 Monaten treten die Erscheinungen, die sich vor der Menstruation noch vermehren, auch an den Oberschenkeln auf.

Allgem.

Befund: In gutem A. Z. und E. Z.

R. R.: 135/85

Haut-

befund: Befallen ist die Haut der Extremitäten. Man sieht linsen- bis pfennigstückgroße dunkelrote bis gelblichbraune Erytheme, die sich auf Glasspateldruck nicht wegdrücken lassen.

Diagnose: Purpura Schönlein

Laborbe-

funde: B. S. G.: 9/20

Thromb.: 32.326 / Blutungszeit: 2'45" / Gerinnungszeit: 3'45"

Serumelektrophorese: Albumine : 60 % / Globuline-Alpha 1 : 8 % /
-Alpha 2 : 5 % / -Beta : 11 % / -Gamma : 16 % /

Gesamteiweiß : 7,52 g %

Urinsediment: Ery. - / Leuko. +

Therapie
und

Verlauf: Intern: Styptobion 3 x 1 täglich; nach 5 Tagen wurde die Patientin wegen Tonsillitis in die Hals-Nasen-Ohren-Klinik zur Tonsillektomie verlegt.

Fall Nr. 13 - H. M. - 23 J. - ♀ - ohne Beruf

F. A.: Ohne Besonderheiten

E. A.: Als Kind Masern, Keuchhusten, Windpocken, mit 16 Jahren
Furunkulose, mit 21 Jahren Herpes zoster

J. A.: Seit Dezember 1960 bestehen Hautveränderungen an den Oberschenkeln

Allgem.

Befund: In gutem A. Z. und E. Z.

R. R.: 125/85

Haut-

befund: Befallen sind die Oberschenkel. Dort sind linsengroße lividrote Herde in disseminierter Aussaat, die durch den Glasspatel nicht wegdrückbar sind, vorhanden.

Diagnose: Purpura Schönlein

Laborbe-

funde: B. S. G.: 15/41

Blutbild: Hb. 90 % / Erythro. 4,46 Mill. / Leuko. 5300 /
Eos. 2 / Segmentk. 58 / Lympho. 35 / Mono. 5

Thromb.: 269.000 / Blutungszeit: 3'30" / Gerinnungszeit: 4'

Serumelektrophorese: Albumine : 51,5 % / Globuline-Alpha

1 : 7 % / -Alpha 2 : 10 % / -Beta : 11 % / -Gamma : 20,5 %

Gesamteiweiß: 7,1 g %

Urinsediment: Ery. - / Epith. +

Therapie
und

Verlauf: Die Patientin war lange Zeit in stationärer Behandlung. Die interne Behandlung mit Cebion 500 mg tgl., Rutinon 1 Ampulle i. v. tgl. und lokal mit Akrothermsalbe blieb ohne Erfolg.

Fall Nr. 14 - W.K. - 37 J. - ♂ - Landwirt

F. A.: Ohne Besonderheiten

E. A.: Während der Schulzeit oft Halsentzündung, Granatsplitterverletzung unter der Scapulaspitze re., vor etwa 8 Monaten Tonsillektomie, vor 5 Monaten wegen eines hämorrhagischen Mikrobids bereits in stationärer Behandlung

J. A.: Nach der letzten stationären Behandlung wechselweises Auftreten der Hautveränderungen und zwar besonders stark bei kaltem Wetter. An den unbedeckten Körperteilen stärkeres Auftreten, zeitweilig Gelenkschmerzen.

Allgem.

Befund: Athletischer Patient in gutem A. Z. und E. Z.

R. R.: 150/95

Haut-

befund: Befallen ist die gesamte Haut mit Bevorzugung des Gesichtes, der Oberarmstreckseiten, der Glutäalregionen und der Beugeseiten der unteren Extremitäten. Vorhanden sind stecknadelkopf- bis linsengroße hell- bis bläulichrote Erytheme, die bei Glaspatteldruck deutlich Hämorrhagien aufweisen.

Diagnose: Purpura Schönlein

Histolog.

Befund: Im Bereich des oberen Gefäßplexus ein histiocytäres Infiltrat, im Bindegewebe freiliegende Erythrocyten, Leukoklasie, verquollene Gefäßwände.

Laborbe-

funde: B. S. G.: 3/8

Blutbild: Hb. 108 % / Erythro. 4,64 Mill. / Leuko. 9000 / Eos. 1 / Stabk. 2 / Segmentk. 68 / Lympho. 27 / Mono. 2
Thromb.: 218.080 / Blutungszeit: 2'26" / Gerinnungszeit: 3'
Serumelektrophorese: Albumine: 47,6 % / Globuline-Alpha
1 : 4,9 % / -Alpha 2 : 10,5 % / -Beta : 15 % / -Gamma: 22 %
Gesamteiweiß: 6,85 g %

Rest-N.: 29 mg %

Antistreptolysintiter: 800 E

Urinsediment: Ery. - / Leuko. + / Epith. ++ / Krist. +

Therapie

und

Verlauf: Während der stationären Behandlung traten wiederholt neue Schübe auf. Untersuchungen in den Hals-Nasen-Ohren-, Zahn- und Medizinischen-Kliniken ergaben keine pathologischen Befunde. Eine Röntgen- und Schichtaufnahme der rechten Lunge im Strahleninstitut (alte Granatsplitterverletzung) ergab ein Empyem. Wegen der hohen Antistreptolysintiterwerte wurde hochdosierte antibiotische Behandlung durchgeführt (Neo-Erycin 40 Kapseln, 20,2 Mill. E. Baycillin). Trotz mehrfachen Wechsels der Therapie u. a. auch eine Cortisonbehandlung keine entscheidende Besserung. Die U. V. - Ganzkörperbestrahlungen bewährten sich am besten, so daß bei der Entlassung deren Fortführung empfohlen wurde.

Fall Nr. 15 - Z.E. - 37 J. - ♂ - Versicherungskaufmann

F. A.: Ohne Besonderheiten

E. A.: Mit 22 Jahren Pleuritis und Gelbsucht

J. A.: Erstes Auftreten der roten Flecke mit 23 Jahren in der Gefangenschaft. Solche Erscheinungen traten immer auf wenn der Patient sich stieß. Die jetzigen Hautveränderungen sind durch einen Stoß mit dem Stemmeisen verursacht.

Allgem.

Befund: Leptosomer Patient in gutem A. Z. und E. Z.

R. R.: 165/85

Haut-

befund: Befallen sind die Unterschenkel. Es finden sich hier pfenniggroße z. T. frische rötliche bis bräunliche Herde und ins blaugrüne übergehende Flecken und Knötchen, die diaskopisch nicht wegdrückbar sind. Bei der Palpation sind die Veränderungen nicht schmerzhaft.

Diagnose: Purpura Schönlein

Laborbe-

funde: B. S. G.: 12/26

Blutbild: Hb. 110 % / Erythro. 5,42 Mill. / Leuko. 9200 / Eos. 2 / Segmentk. 62 / Lympho. 34 / Mono. 2

Thromb.: 250.000 / Blutungszeit: 3'30" / Gerinnungszeit: 4'06"

Blutzucker: 118 mg %

Urinsediment: Ery. - / Epith. +

Therapie
und

Verlauf: Ohne Behandlung Rückgang der Hauterscheinungen.

Fall Nr. 16 - F.K. - 19 J. - ♂ - Eisenbahner

F. A.: Ohne Besonderheiten

E. A.: Kinderkrankheiten: Masern, Scharlach, Mumps, Keuchhusten

J. A.: Nach Einnahme von Tabletten und reichlichem Alkoholgenuß wegen Grippe traten im Juni erstmals Hautveränderungen auf. Damals wurde eine Purpura Schönlein diagnostiziert. Vor 3 Wochen kam es erneut zu den gleichen Hauterscheinungen.

Allgem.

Befund: In gutem A. Z. und E. Z.
kein pathologischer Befund

Haut-

befund: Befallen ist die Haut im Bereich der unteren Extremitäten. Über Fußrücken und unteren Anteilen der Unterschenkel zeigen sich neben alten bräunlichen bis fünfmarkstückgroßen Herden zahlreiche neue linsen- bis höchstens markstückgroße teils helle, teils lividrote Herde mit geringer Infiltration.

Diagnose: Purpura Schönlein

Laborbe-
funde:

B. S. G.: 3/10

Blutbild: Hb. 105 % / Erythro. 5,28 Mill. / Leuko. 6700 /
Eos. 4 / Stabk. 1 / Segmentk. 58 / Lympho. 37

Thromb.: 300.960 / Blutungszeit 2'10" / Gerinnungszeit: 3'45"

Serumlabilitätsproben: Thymol - / Takata 100 mg %

Weltmann 1 - 7

Urinsediment: Ery. - / Leuko. + / Epith. +

Therapie
und

Verlauf: Die lokale Behandlung erfolgte mit Rivanol-Zinkpaste und Leukomycinspiritus. Außerdem Verabreichung von Rutinion und Cebion i. v. 2 Amp. /die. Nach 18 Tagen wurde der Patient erscheinungsfrei entlassen.

Fall Nr. 17 - V.B. - 16 J. - ♂ - ohne Beruf

F. A.: Vater Tbc.

E. A.: Mit 13 Jahren Lungen-Tbc., mit 14 Jahren Tbc.-Recidiv

J. A.: Nach Behandlung mit Suppositorien wegen Prostatitis traten vor einer Woche rote Flecken im Bereich sämtlicher Gelenke und an den Extremitäten auf. Subjektiv starker Juckreiz.

Allgem.

Befund: Schlankwüchsiger Patient in gutem A. Z. und E. Z.

Haut-

befund: Befallen ist die Haut im Bereich der oberen Extremitäten und am Stamm. An den bezeichneten Stellen befinden sich stecknadelkopf- bis markstückgroße Erytheme, die mit dem Glasspatel nicht wegdrückbar sind.

Diagnose: Purpura Schönlein

Laborbe-

funde: B. S. G.: 1/2

Blutbild: Hb. 98 % / Erythro. 4,86 Mill. / Leuko. 5800 /

Eos. 1 / Stabk. 3 / Segmentk. 59 / Lympho. 31 / Mono. 6

Thromb.: 262.440 / Blutungszeit: 2'15" / Gerinnungszeit: 3'10"

Serumlabilitätsproben: Thymol - / Takata 90 mg %

Weltmann 1 - 6

Urinsediment: Ery. - / Leuko. + / Epith. + / Krist. ++

Therapie

und

Verlauf: Die Hauterscheinungen sind ohne Behandlung zurückgegangen.

Fall Nr. 18 - M. J. - 75 J. - ♂ - Architekt i. R.

F. A.: Ohne Besonderheiten

E. A.: Ohne Besonderheiten

J. A.: Nicht bekannt

Allgem.

Befund.: Leptosomer Patient

R. R.: 125/80

Haut-

befund: Befallen ist die Haut des Stammes und sämtlicher Extremitäten. Man erkennt hier zahlreiche stecknadelspitz- bis markstückgroße dunkelrote Fleckbildungen mit relativ scharfer Begrenzung und manchmal bizarr geformten Rändern. Die Maculae lassen sich mit

dem Diaskopiespatel nicht wegdrücken. Keine besonderen Prädispositionsstellen. Keine Kratz- und Scheuereffekte. Die Haut ist insgesamt trocken.

Diagnose: Purpura Schönlein

Laborbe-

funde: B. S. G.: 19/33

Blutbild: Hb. 94 % / Erythro. 4,56 Mill. / Leuko. 17.700 / Stabk. 2 / Segmentk. 76 / Lympho. 19 / Mono. 3

Thromb.: 265.480 / Blutungszeit: 1' / Gerinnungszeit: 3'40"

Serumlabilitätsproben: Thymol +++ / Takata 50 mg % /

Weltmann 1 - 6

Blutzucker: 147 mg %

Rest-N.: 74 mg %

Therapie

und

Verlauf: 2 x 1 Ampulle Styptobion, 500 mg Cebion, 2 x 1 Ampulle Rutinon tgl. Trotz Behandlung kam es innerhalb weniger Tage zu verstärkten Schleimhautblutungen aus dem Magen-Darmtrakt. Rascher Anstieg des Rest-N. auf 108 mg %. Nach 9 Tagen Exitus letalis

Fall Nr. 19 - B. A. - 63 J. - ♀ - Hausfrau

F. A.: Ohne Besonderheiten

E. A.: Mit 15 Jahren Blinddarmoperation, mit 33 Jahren Gallenblasenoperation, mit 37 und mit 38 Jahren Hämorrhoidenoperationen

J. A.: Vor ca. 6 Wochen juckende und nässende Bläschen an den Zehen. Nach Behandlung mit Wechselbädern und Venosantabletten Ausbreitung kleiner Blutungen auf die Unterschenkel. Weiterbehandlung mit KMnO_4 -Bädern und antimykotischer Salbe, trotzdem weitere Verschlechterung.

Allgem.

Befund: In gutem A. Z. und E. Z.

Haut-

befund: Befallen ist die Haut im Bereich beider Unterschenkel, Fußrücken und Zehen. Dort sieht man stecknadelkopfgroße bis flächenhafte hellrote Flecke. Die größeren Herde sind mit einer fest haftenden Schicht klein- bis groblamellöser Schuppen bedeckt. Die kleineren Herde sind mit Glasspatel nicht wegdrückbar (Extravasate).

Diagnose: Toxisches hämorrhagisches Exanthem

Laborbe-

funde: B.S.G.: 7/22

Blutbild: Hb. 98 % / Erythro. 5 Mill. / Leuko. 6300 / Eos. 4 /

Baso. 1 / Segmentk. 43 / Lympho. 50 / Mono. 2 /

Thromb. 265.000

Therapie

und

Verlauf: Lokal: Pasta Zinci, intern: Omeril 3 x 1 tgl., Styptobion 3 x 1 tgl. Nach 12 Tagen Entlassung in weitgehend gebesserem Zustand.

Fall. Nr. 20 - B.B. - 60 J. - ♀ - Hausfrau

F. A.: Ohne Besonderheiten

E. A.: Als Kind Röteln, Masern, Mumps, vor einigen Jahren Kreislaufstörungen, vor einem Jahr Schuppenflechte

J. A.: Vor 3 Wochen fühlte sich die Patientin nicht ganz wohl und nahm einige Tegal-Tabletten ein. Danach traten kleine rote Flecke auf.

Allgem.

Befund: Pyknische Patientin in gutem A. Z. und E. Z.

R. R.: 160/90

Haut-

befund: Befallen ist die gesamte Haut bis auf das Gesicht.

Es finden sich stecknadelkopfgroße, rötlichbraune Flecke, die durch den Glasspatel nicht wegdrückbar sind (Extravasate).

Diagnose: Toxisches hämorrhagisches Exanthem

Laborbe-

funde: B.S.G.: 10/26

Blutbild: Hb. 90 % / Erythro. 3,8 Mill. / Leuko. 5500

Thromb. 212.800 / Blutungszeit: 3'30" / Gerinnungszeit: 3'

Blutzucker: 106 mg %

Rest-N.: 30,8 mg %

Urinsediment: Ery. - / Leuko. + / Epith. +

Therapie

und

Verlauf: Solu-Decortin beginnend mit 25 mg/tgl., dann langsame Verminderung der Dosishöhe, 2 x 4 Tabletten Styptobion tgl. Innerhalb von 7 Tagen gingen die Hauterscheinungen zurück.

Fall Nr. 21 - R.R. - 75 J. - ♀ - Hausfrau

F. A.: Mutter hatte Diabetes mellitus

E. A.: Mit 15 Jahren Appendektomie und Bauchfellvereiterung, mit 32 Jahren Myomoperation, mit 59 Jahren Bauchnetzbruch und Darmoperation, mit 68 Jahren Nabelbruch, Arthritis in den Knien

J. A.: Nahm wegen Arthritis Total. Nach Einnahme von ungefähr 6 anderen - vom Hausarzt verordneten Tabletten - Auftreten der Hautveränderungen

Allgem.

Befund: Pyknische, adipöse Patientin in gutem A. Z. und E. Z.

R. R.: 190/105

Haut-

befund: Befallen sind der Unterbauch und die unteren Extremitäten. Hier finden sich in disseminierter Aussaat punkt- bis strichförmige düster blaurote maculöse Herde.

Diagnose: Toxisches hämorrhagisches Exanthem

Laborbe-

funde: B. S. G.: 4/14

Blutbild: Hb. 96 % / Erythro. 4,4 Mill. / Leuko. 6300 / Eos. 2 / Stabk. 5 / Segmentk. 65 / Lympho. 28

Thromb.: 255 000 / Blutungszeit: 1' / Gerinnungszeit: 30"

Prothrombin: 90 %

Urinsediment: Ery. + / Leuko. + / Epith. +

Therapie

und

Verlauf: Styptobion 3 x 1 Tabl., Adsorgan 2 Teelöffel tgl.

Nach 4 Tagen Entlassung in gutem Zustand.

Fall Nr. 22 - B.R. - 55 J. - ♀ - Arbeiterin

F. A.: Ohne Besonderheiten

E. A.: Subacidität, Myocardschaden

J. A.: Vor 14 Tagen Ekzem, vor 4 Tagen Ausschlag am ganzen Körper, nachdem 1 Tag zuvor Spalttabletten eingenommen worden waren.

Allgem.

Befund: In gutem A. Z. und E. Z., Leber 3 - 4 Querfinger unter dem Rippenbogen tastbar
R. R.: 150/90

Haut-

befund: Befallen sind die Unterschenkelstreckseiten. Man sieht dort stecknadelspitz- bis linsengroße z. T. auch flächenhafte, konfluierende tiefblaurote Hämorrhagien.

Diagnose: Toxisches hämorrhagisches Exanthem

Labor-

befunde: B. S. G.: 6/15

Blutbild: Hb. 84 % / Erythro. 3,4 Mill. / Leuko. 7200 /
Stabk. 15 / Segmentk. 74 / Lympho. 11

Serumelektrophorese: Albumine: 52 % / Globuline-Alpha 1 : 8 % /
-Alpha 2 : 12 % / -Beta : 14 % / -Gamma : 14 % /

Gesamteiweiß: 6,60 g %

Serumlabilitätsproben: im Bereich der Norm

Urinsediment: Ery. - / Leuko. + / Epith. + / Krist. +

Therapie
und

Verlauf: Unter der schulgerechten Lokal- und Allgemein-Behandlung kamen die Hautveränderungen bis zur Entlassung zur weitgehenden Rückbildung.

Fall Nr. 23 - H. H. - 23 J. - ♀ - Pelznäherin

F. A.: Ohne Besonderheiten

E. A.: Mit 16 Jahren Tonsillektomie

J. A.: Seit 8 Tagen an Unterarmen und Unterschenkeln rote Stellen mit Juckreiz

Allgem.

Befund: In gutem A. Z. und E. Z., Schilddrüse etwas vergrößert
R. R.: 140/80

Haut-

befund: Befallen sind der Hals, die Wangen, der Nacken und die Medialseiten der Extremitäten. Hier finden sich im Hautniveau liegende lividbraune, z. T. von kleinlamellösen Schuppen bedeckte Herde, die bei Glasspateldruck gelbbraun pigmentiert imponieren.

Diagnose: Toxisches hämorrhagisches Exanthem

Laborbe-
funde:

B. S. G.: 6/19

Blutbild: Hb. 80 % / Erythro. 4,2 Mill. / Leuko. 8400 /
Eos. 2 / Stabk. 1 / Segmentk. 60 / Lympho. 36 / Mono. 1

Therapie
und

Verlauf: Als gefäßabdichtende Maßnahme: Styptobion. Lokal: Rubriment-
Tinktur und Akrothermsalbe. Rasches Abblassen der Herde.

Fall Nr. 24 - E. M. - 66 J. - ♀ - Hausfrau

F. A.: Ohne Besonderheiten

E. A.: Angeblich nie krank gewesen

J. A.: Vor 14 Tagen wurde die Patientin auf Hauterscheinungen an den
Armen aufmerksam gemacht. Kurz danach gleiche Erscheinungen
an den Unterschenkeln.

Allgem.

Befund: Adipöse Patientin in gutem A. Z. und E. Z.
Systolikum über der Pulmonalis
R. R.: 230/110

Haut-

befund: Befallen sind die oberen und die unteren Extremitäten. Es fin-
den sich stechnadelkopf- bis kinderhandgroße lividrote bis gelb-
rot gefärbte Erytheme, die durch den Glasspatel nicht wegdrück-
bar sind.

Diagnose: Toxisches hämorrhagisches Exanthem

Laborbe-

funde:

B. S. G.: 49/88

Blutbild: Hb. 99 % / Erythro. 4,78 Mill. / Leuko. 6900 /
Eos. 7 / Segmentk. 52 / Lympho. 40 / Mono. 1

Blutzucker 98 mg %

Urinsediment: Ery. - / Leuko. + / Epith. +

Therapie
und

Verlauf: Lokal: Puderbett, intern: Rauwopur, Digilanid, Decortin 3 x 1
tgl. Rascher Rückgang der Hautveränderungen.

Fall Nr. 25 - M.M. - 82 J. - ♀ -

F.A.: Ohne Besonderheiten

E.A.: Appendektomie, wegen Magenleiden in klinischer Behandlung, vor 2 Jahren Pleuritis

J.A.: Vor 3 Tagen nach Einnahme von Tabletten gegen Grippe trat plötzlich am ganzen Körper ein roter juckender Ausschlag auf.

Allgem.

Befund: R.R.: 140/80

Haut-

befund: Befallen ist die gesamte Haut. Man sieht markstückgroße, z. T. auch flächenhafte Rötungen, die im Bereich der Beine Hämorrhagien aufweisen. Das Gesicht ist oedematös geschwollen.

Diagnose: Toxisches hämorrhagisches Exanthem

Laborbe-

funde: B.S.G.: 25/51

Blutbild: Hb. 100 % / Erythro. 5,04 Mill. / Leuko. 25.800 / Eos. 9 / Stabk. 3 / Segmentk. 81 / Lympho. 4 / Mono. 3

Blutzucker: 114 mg %

Urinsediment: Ery. - / Leuko. ++ / Epith. + / Krist. +++

Therapie
und

Verlauf: Intern: 50 mg Solu-Decortin H, 2 x 2 Tabl. Omeril tgl.

Lokal: Puderbett. Wegen Bronchitis tgl. 2 ccm Transpuimin sowie 1/8 mg Strophanthin mit 0,12 Euphyllin. Die Hauterscheinungen gingen sehr rasch zurück.

Fall Nr. 26 - R.K. - 49 J. - ♀ - Hausfrau

F.A.: Vater verstarb an Magenkrebs, Mutter verstarb an Unterleibskrebs

E.A.: Mit 45 Jahren Totaloperation

J.A.: Vor etwa 10 Tagen Schwellung der Submandibulardrüsen und gleichzeitig Ausbruch von roten Hauterscheinungen am Stamm und den Extremitäten.

Allgem.

Befund: Lymphknoten nicht tastbar

R.R.: 140/100

Haut-

befund: Befallen ist die gesamte Haut mit Betonung der mechanisch beanspruchten Körperpartien. An diesen Stellen findet man stecknadelkopfgroße bis flächenhafte Rötungen. Bei Glasspateldruck lassen

sich, besonders an den abhängigen Körperpartien, den Unterarmen und den unteren Extremitäten, kleinste petechiale Extravasate nachweisen.

Diagnose: Toxisches hämorrhagisches Exanthem

Laborbe-

funde:

B. S. G.: 72/110

Blutbild: Hb. 86 % / Erythro. 4,3 Mill. Leuko. 7800 /

Stabk. 5 / Segmentk. 67 / Lympho. 28

Blutungszeit: 1'5" / Gerinnungszeit: 2'

Rest-N.: 39 mg %

Magensaft: Superacidität

Therapie

und

Verlauf:

Intern: Urbason 3 x 1 Ruticalzon tgl.

Lokal: Zuerst Talcum, später Pasta Zinci.

Die Hauterscheinungen gingen sehr rasch zurück.

Fall Nr. 27 - D.R. - 57 J. - ♀ - Hausfrau

F. A.: Ohne Besonderheiten

E. A.: Seit 1 1/2 Jahren inoperables Collum-Ca.

J. A.: Seit einigen Jahren oftmals juckende Hauterscheinungen, für die keine Gründe genannt werden können

Allgem.

Befund:

In reduziertem A. Z. und E. Z.

vereinzelt grobblasige Rg's diffus hinten über allen Lungenfeldern, Leber unter dem Rippenbogen rechts tastbar, etwas druckempfindlich

R. R.: 135/90

Haut-

befund:

Befallen ist die Haut im Bereich der rechten Lenden- und Glutäal-region, sowie die Beugeseite des rechten Oberschenkels. Man sieht großflächige dunkelrote Erytheme mit leicht lividem Farbton. Mittels Glasspatel sind in den scharf begrenzten im Hautniveau liegenden Flecken Punktblutungen nachweisbar.

Diagnose: Toxisches hämorrhagisches Exanthem

Laborbe-

funde:

B. S. G.: 90/121

Blutbild: Hb. 92 % / Erythro. 4,7 Mill. / Leuko. 11.500 /
Stabk. 3 / Segmentk. 85 / Lympho. 12
Thromb.: 249.700 / Blutungszeit: 1'45" / Gerinnungszeit: 3'15"
Urinsediment: Ery. + / Leuko. + / Krist. +

Therapie
und

Verlauf: Lokal: Esiderm H., intern: 3 x 1 Tabl. Urbason, 500 mg.
Cebion, 3 x 1 Tabl. Ruticalzon täglich. Nach 12 Tagen Ent-
lassung ohne Hauterscheinungen.

Fall. Nr. 28 - B.M. - 70 J. - ♀ - Rentnerin

F. A.: Vater an Rückenmark-Tbc gestorben, Bruder an Lymphogranulomatose
gestorben

E. A.: Als Kind Masern und Keuchhusten, mit 30 Jahren Scharlach, mit
54 Jahren Virus-Pneumonie, mit 67 Jahren Erythema nodosum

J. A.: Vor 10 Tagen wegen Fieber (40°) Einnahme von Chinin-Redoxon,
Neopyrin und Veganin. Vom nächsten Tag ab Hauterscheinungen,
zuerst an den Beinen, später auch an Hals und Armen und Knie-
gelenkschwellung.

Allgem.

Befund: Leptosome Patientin in gutem A. Z. und E. Z.
R. R.: 130/70

Haut-

befund: Befallen sind Hals, Brust und die Extremitäten. Dort sind steck-
nadelkopf- bis fingernagelgroße mäßig scharf begrenzte teils bläu-
liche und teils braunrote hämorrhagische Erytheme vorhanden.

Diagnose: Toxisches hämorrhagisches Exanthem

Laborbe-

funde: B. S. G.: 32/70

Blutbild: Hb. 75 % / Erythro. 4,08 Mill. / Leuko. 7700 /
Stabk. 1 / Segmentk. 55 / Lympho. 42 / Mono. 2

Thromb.: 93.840

Serumelektrophorese: Albumine : 46 % / Globuline-Alpha 1 : 6 %
-Alpha 2 : 12 % / -Beta : 18 % / -Gamma : 18 %

Gesamteiweiß: 5,61 g %

Blutzucker: 113 mg %

Antistreptolysintiter: 200 E

Urinsediment: Ery. - / Leuko. +

Therapie
und

Verlauf: Durch die Behandlung mit Karlsbader Salz, Kohletabletten, Styptobion 3 x 1 Drag., Vitamin C 1 gr. täglich und 10 Re-paril-Injektionen gingen die Hauterscheinungen zurück und die Patientin konnte nach 18 Tagen erscheinungsfrei entlassen werden.

Fall Nr. 29 - M.E. - 64 J. - ♀ - Hausfrau

F. A.: Ohne Besonderheiten

E. A.: Als Kind Masern und Scharlach mit Herzbeteiligung, mit 51 Jahren Ekzem (Hals, Körper)

J. A.: Vor 2 Monaten bekam die Patientin wegen einer Verletzung Tetanusantitoxin und - da die Wunde eiterte - Rivanolumschlä-ge und Penicillintabletten. Danach traten kleine rote Flecken an Beinen und am Gesäß auf, die jedoch wieder abklangen. Vor 3 Wochen nahm sie wegen Grippe Novalgin-Chinin, wo-nach die gleichen Hautveränderungen auftraten.

Allgem.

Befund: Pyknische Patientin in gutem A. Z. und E. Z.
R. R.: 150/90

Haut-

befund: Befallen sind der Stamm und die unteren Extremitäten. Dort finden sich stecknadelkopfgroße bis flächenhafte hellrote Erytheme. Dazwischen sieht man auch petechiale Blutungen. Kneifphäno-men: positiv.

Diagnose: Toxisches hämorrhagisches Exanthem

Laborbe-

funde: B. S. G.: 18/40
Blutbild: Hb. 85 % / Erythro. 3,94 Mill. / Leuko. 8800 /
Eos. 1 / Stabk. 3 / Segmentk. 53 / Lympho. 39 / Mono. 4
Thromb. 231.560
Serumelektrophorese: Albumine : 47 % / Globuline-Alpha 1 : 5 % /
-Alpha 2 : 9 % / -Beta : 19 % / -Gamma : 20 % /
Gesamteiweiß: 7,59 g %
Urinsediment: Ery. - / Leuko. + / Epith. + / Krist. +

Therapie
und

Verlauf: Beginn der Behandlung mit Ichtyo-Cortin lokal. Purpura wurde stärker, deshalb Decortin-Stoß, Anfangsdosis 20 mg absteigend. Die Hauterscheinungen gingen schnell zurück. Nach 20 Tagen Entlassung.

Fall Nr. 30 - C.G. - 18 J. - ♀ - Verkäuferin

F. A.: Ohne Besonderheiten

E. A.: Als Kind Keuchhusten und oft Angina, Tonsillektomie und Appendektomie, vor 2 Jahren Sehnenscheidenentzündung an beiden Handgelenken, vor 1 Jahr Pleuritis und Pneumonie.

J. A.: 3 Wochen nach einer Grippe wieder Fieber, Kopfweg und Gelenkschmerzen und deshalb Einnahme von Spalttabletten. Am nächsten Tag traten die Hauterscheinungen auf.

Allgem.

Befund: Pyknische Patientin in gutem A. Z. und E. Z.
R.R.: 130/80

Haut-

befund: Befallen sind die Extremitäten und die Mundschleimhaut. Man findet dort stecknadelkopf- bis linsengroße bläulichrote Flecke, die z. T. konfluieren. Einige Effloreszenzen haben eine hämorrhagische Randzone. An beiden Unterarmen finden sich einige excorierte Herde.

Diagnose: Toxisches hämorrhagisches Exanthem

Laborbe-

funde: B. S. G.: 15/30

Blutbild: Hb. 100 % / Erythro. 4,08 Mill. / Leuko. 8000 /
Eos. 1 / Stabk. 6 / Segmentk. 67 / Lympho. 25 / Mono. 1
Serumelektrophorese: Albumine : 48 % / Globuline-Alpha 1 : 5 % /
-Alpha 2 : 11,5 % / -Beta : 16,5 % / -Gamma : 19 % /
Gesamteiweiß: 7,6 g %
Antistreptolysintiter: 470 E
Urinsediment: Ery. + / Leuko. ++ / Krist. +

Therapie
und

Verlauf: Karlsbader Salz, Ruticalzon 3 x 1, Cebion 500 mg täglich. Die Hauterscheinungen gingen rasch zurück.

Fall Nr. 31 - H.E. - 64 J. - ♀ - Hausfrau

F. A.: Ohne Besonderheiten

E. A.: Als Kind nervenkrank (Platzangst) und häufig Halsentzündungen, mit 50 Jahren Mamma-Ca-Operation, danach 10 Bestrahlungen
J. A.: Wegen Carcinom im internen Halsbereich bekommt die Patientin Trenimon. Vor einigen Tagen bemerkte sie die Hautveränderungen.

Allgem.

Befund: In gutem A. Z. und E. Z.
R. R.: 155/90

Haut-

befund: Befallen sind die Extremitäten. Dort sieht man flächenhafte düster blutrote bis braunrote diaskopisch gelblich imponierende Effloreszenzen.

Diagnose: Toxisches hämorrhagisches Exanthem

Histolog.

Befund: Unter einer normal strukturierten Epidermis sind in den oberen und mittleren Koriumschichten, vorzugsweise jedoch auch im subcutanen Fettgewebe, Infiltrate vorhanden, die sich teilweise an die Gefäße anlehnen und teilweise unabhängig von diesen bestehen. Es handelt sich um lymphohistiocytäre Zellelemente, denen massenhaft eosinophile Granulocyten beigemischt sind. Auch Leukoklasien, diese vorwiegend im Bereich des Fettgewebes, sind vorhanden. An einer Stelle ist eine Bindegewebsnekrose sichtbar. Die Bluträume sind allgemein stark erweitert und zeigen Endothelschwellungen. Das Bindegewebe ist in allen Schichten stärker ödematisiert. Auffällig sind hier um die Schweißdrüsen neugebildete Fettzellen.

Laborbe-

funde: B. S. G.: 44/80
Blutbild: Hb. 96 % / Erythro. 3,6 Mill. / Leuko. 3400 /
Stabk. 1 / Segmentk. 58 / Lympho. 40 / Mono. 1
Serumlabilitätsproben: Thymol: Ø / Takata: 100 mg % /
Weltmann: 1 - 6
Urinsediment: Ery. - / Leuko. + / Epith. + / Krist. +

Therapie
und

Verlauf: Die Patientin wurde von Trenimon auf Endoxan umgesetzt. Sehr langsame Heilungstendenz der Hauterscheinungen.

Fall Nr. 32 - K.E. - 47 J. - ♀ - kfm. Angestellte

F. A.: Mutter und Großvater Asthma

E. A.: Neigt zu Urticaria, mit 27 Jahren Furunkulose

J. A.: Nach Einnahme von Dolviran kam es zu Schwellungen und Hautblutungen

Allgem.

Befund: Pyknische Patientin in gutem A. Z. und E. Z.

R. R.: 145/90

Haut-

befund: Befallen sind beide Hände. Die Handrücken sind beide ödematös geschwollen und weisen herdförmige Blutungen auf, die sich nach der Peripherie hin auflösen und einen intensiv roten Farbton aufweisen.

Diagnose: Toxisches hämorrhagisches Exanthem

Laborbe-

funde: Blutbild: Hb. 78 % / Erythro. 3,94 Mill. / Leuko. 7000 / Eos. 2 / Jugendl. 1 / Stabk. 4 / Segmentk. 58 / Lympho. 33 / Mono. 2

Urinsediment: Ery. + / Leuko. + / Epith. +

Therapie

und

Verlauf: Karlsbader Salz, Umschläge mit Boralkohol. Es traten keine neuen Herde mehr auf und die alten gingen zurück. Nach 4 Tagen Entlassung. Soll kein Dolviran mehr nehmen. Zur Nachbehandlung täglich 4 Tabletten Styptobion.

Fall Nr. 33 - S. A. - 80 J. - ♀ - Rentnerin

F. A.: Nicht bekannt

E. A.: Nicht bekannt

J. A.: Nach Einnahme von Zentropil haben sich vor einer Woche erstmals kleine Flecke im Gesicht gezeigt.

Allgem.

Befund: Adipöse Patientin in gutem A. Z. und E. Z.

R. R.: 155/95

Haut-

befund: Befallen sind das Gesicht, der Stamm und die Extremitäten. Man findet grob- und feinlamellöse Abschilferungen oder rötlich blutige derbkrustige Auflagerungen, aber auch linsengroße lividrote flache

Herde und vereinzelt auch großflächige Herde, in die Hämorrhagien eingestreut sind. Das linke Ohr ist ödematös geschwollen.

Diagnose: Toxisches hämorrhagisches Exanthem

Laborbe-

funde:

B. S. G.: 32/62

Blutbild: Hb. 87,5 % / Erythro. 3,26 Mill. / Leuko. 5900 /

Eos. 2 / Stabk. 4 / Segmentk. 57 / Lympho. 35 / Mono. 2

Serumlabilitätsproben: Thymol: Ø / Takata: 100 mg % /

Weltmann 1 - 5

Blutzucker: 145 mg %

Rest-N. 26,36 mg %

Therapie

und

Verlauf:

Anfangs Solu-Decortin H - Injektionen 25 mg tgl., später peroral in reduzierten Dosen bis 5 mg tgl., Gesamtdosis 140 mg. Dazu Cedilanid 3 x 10 und Cebion 500 mg tgl. Lokal: Terracortril und Eucerin. Die Hautveränderungen besserten sich zusehends.

Fall Nr. 34 - S. M. - 53 J. - ♀ - Hausfrau

F. A.: Ohne Besonderheiten

E. A.: Als Kind Pneumonie, nach der ersten Geburt Mastitis, trägt ein Pessar, mit 37 Jahren erstmals Ulcus cruris, vor einem Jahr erneut.

J. A.: Die schon lange bestehenden Ulcera sind z. Z. sek. infiziert. Seit einigen Tagen blaurote Flecke am Stamm und an den unteren Extremitäten. Die Patientin nimmt regelmäßig verschiedene Tabletten ein.

Allgem.

Befund: In gutem A. Z. und E. Z.

R. R.: 140/90

Haut-

befund:

Befallen sind der Stamm und die unteren Extremitäten. Dort sind stecknadelkopf- bis pfenniggroße blaurote Flecke, die sich bei Druck mit dem Glasspatel als Extravasate erweisen.

Diagnose: Toxisches hämorrhagisches Exanthem

Laborbe-

funde:

B. S. G.: 10/26

Blutbild: Hb. 95 % / Erythro. 4,84 Mill. / Leuko. 7500 /

Eos. 2 / Stabk. 2 / Segmentk. 64 / Lympho. 24 / Mono. 8

Blutzucker: 118 mg %

Urinsediment: Ery. - / Leuko. ++

Therapie
und

Verlauf: Venoruton 3 x 1, Styptobion 3 x 2, Cebion 2 x 500 mg tgl.
Unter dieser Behandlung kamen die Hauterscheinungen in wenigen
Tagen zur Abheilung.

Fall Nr. 35 - D.H. - 63 J. - ♀ -

F. A.: Eltern und Bruder an Herzinfarkt verstorben

E. A.: Als Kind Diphtherie, Scharlach und Masern, mit 35 Jahren
Appendektomie, mit 53 Jahren Gallenoperation, öfter Halsschmer-
zen, vor einigen Jahren Nierenbeckenentzündung.

J. A.: Vor 10 Tagen bekam die Patientin wegen Kopfschmerzen, Benom-
menheit, Halsschmerzen und 38,9° Temperatur eine Penicillin-
Injektion. Am nächsten Morgen Auftreten einer dunklen Rötung
im Gesicht. Weiterbehandlung mit 4 Kapseln Terramycin. Die
Hauterscheinungen breiteten sich langsam aus. Dann 3 Tage Ein-
nahme von Pyramidon. Danach in der H. N. O. -Klinik 10 ccm
Calzium und 2 Tabl. Urbason. Fieber 39,8°. Dann Verlegung
in die Hautklinik.

Allgem.

Befund: Über allen Lungenfeldern mittelblasige R.G. (diffuse Bronchitis),
Herzerweiterung nach links, Leber am unteren Rippenbogen rechts
tastbar.

R.R.: zwischen 180/100 und 140/100

Haut-

befund: Betroffen ist die gesamte Haut. Man findet stecknadelkopf- bis
handtellergröße z. T. rötliche und z. T. bläuliche Erytheme. Außer-
dem sieht man punktförmige frische und alte Hämorrhagien. An der
Mundschleimhaut Aphthen und diffuse düsterrote Enantheme.

Diagnose: Toxisches hämorrhagisches Exanthem

Laborbe-

funde: B. S. G.: 12/27

Blutbild: 1. Kontrolle: Hb. 90 % / Erythro. 4,48 Mill. / Leuko.
16.000 - Entlassungs-Kontrolle: Leuko. 6.900

1. Kontrolle: Eos. 36 / Stabk. 3 / Segmentk. 34 / Lympho. 25 / Mono.

E. Kontrolle: Eos. 14 / / Segmentk. 48 / Lympho. 36 / Mono. ?

Serumelektrophorese: Albumine: 47,6 % / Globuline-Alpha 1 : 8,2 %
-Alpha 2 : 15 % / -Beta : 13,6 % / -Gamma 15,6 %
Blutzucker: 185 mg %
Rest-N.: 40,4 mg %

Therapie
und

Verlauf: Lokal: Puderbett, Zinklotion, Mollositin, intern: Ultracorten
25 mg i. v., 10 ccm Tecesal, 1000 mg Redoxon. Unter dieser
Behandlung besserte sich das Blutbild und die Hauterscheinungen
gingen zurück.

Fall Nr. 36 - S.E. - 59 J. - ♀ - Hausfrau

F. A.: Mutter und Schwester lungenkrank

E. A.: Oft Angina, zuviel Magensäure, vor einigen Jahren Thrombose,
vor 4 Monaten Ulcus cruris, vor 1 Jahr nach Genuß von Trauben
heftiger Juckreiz und Gesichtsschwellung.

J. A.: Wegen Beinschmerzen nimmt die Patientin ab und zu Quadronal-
Tabletten. Vor einer Woche bemerkte die Patientin kleine Bläs-
chen an den Unterschenkeln, die sehr rasch auf den ganzen Kör-
per übergriffen und schließlich blutig wurden.

Allgem.

Befund: In gutem A. Z. und E. Z.
R. R.: 130/80

Haut-

befund: Befallen ist die gesamte Haut. Es zeigen sich rote hämorrhagische
stecknadelkopf- bis handtellergröße Herde. Am Gaumen sieht
man vereinzelt kleine rote Herde.

Diagnose: Toxisches hämorrhagisches Exanthem

Laborbe-

funde: B. S. G.: 14/42
Blutbild: Hb. 77 % / Erythro. 4,07 Mill. / Leuko. 11.300 /
Eos. 4 / Baso. 1 / Segmentk. 79 / Lympho. 13 / Mono. 3
Blutzucker: 93 mg %
Magensaft: Hyperacidität
Urinsediment: Ery, - / Epith. +

Therapie
und

Verlauf: Lokal: Pasta Zinci mollis, intern: 6 Tabletten Decortin, 500 mg
Cebion, 3 x 1 Tabl. Ruticalzon tgl. Die Hauterscheinungen
gingen nur allmählich zurück.

Fall Nr. 37 - K.D. - 37 J. - ♀ - Hausfrau

F. A.: Ohne Besonderheiten

E. A.: Seit einigen Jahren Gelenk- und Muskelschmerzen, nimmt dagegen Elestol-Tabletten

J. A.: 14 Tage vor der Aufnahme traten zusammen mit allgemeinem Unwohlgefühl heftig juckende rote Herde am ganzen Körper auf.

Allgem.

Befund: Pyknische Patientin

Haut-

befund: Befallen sind das Gesicht, der Hals, der Nacken, der Stamm und die vier Extremitäten. An Hals, Nacken, Brust und oberer Rückenpartie besteht eine großflächige ununterbrochene Rötung und Schwellung der Haut, die sich unter Glasspateldruck anämisieren läßt. An den Unterarmen und den Oberschenkeln bestehen petechiale Extravasate neben wegdrückbaren erythematösen Effloreszenzen.

Diagnose: Toxisches hämorrhagisches Exanthem

Laborbe-

funde: B. S. G.: 16/43

Blutbild: Hb. 88 % / Erythro. 4,41 Mill. / Leuko. 14.200 / Eos. 6 / Stabk. 3 / Segmentk. 77 / Lympho. 14

Thromb.: 195.000 / Blutungszeit: 2' / Gerinnungszeit: 7'

Urinsediment: Ery. - / Leuko. + / Epith. +

Therapie
und

Verlauf: Intern: Urbason i. v. 20 mg, Omeril 3 x 1, Atosil 1 Supp., Folinor 3 x 1, Rutinion 2 x 1 tägl., lokal: Puderbett.

Am 4. Tag traten an den unteren Extremitäten vereinzelte punktförmige Hämorrhagien auf. Nach interner Weiterbehandlung und Lokaltherapie mit Lanolin-Eucerin, keine neuen Herde mehr.

Entlassung nach 18 Tagen in gutem Zustand.

Fall Nr. 38 - J.K. - 35 J. - ♂ - Maurer

F. A.: Vater starb Herztod, Mutter an Lungen- und Rippenfellentzündung gestorben

E. A.: Mit 32 Jahren Appendektomie, Ausschlag nach Tetanusserum-Injektion

J. A.: Wurde wegen Erfrierung am Fuß vor 15 Tagen mit Pernionin-salbe behandelt. 5 Tage danach traten rote stark juckende Flecke auf.

Allgem.
Befund: Athletischer Patient in gutem A. Z. und E. Z.
R. R.: 140/75

Haut-
befund: Befallen sind die Hände und die Armstreckseiten. Dort finden sich linsengroße, scharf begrenzte Herde, die z. T. eine zentrale Hämorrhagie erkennen lassen.

Diagnose: Toxisches hämorrhagisches Exanthem

Laborbe-
funde: B. S. G.: 7/20
Serumelektrophorese: Albumine: 49 % / Globuline-Alpha 1 : 5 % /
-Alpha 2 : 12 % / -Beta : 15 % / -Gamma : 19 % /
Antistreptolysintiter: 100 E
Urinsediment: Ery. - / Leuko. +

Verlauf: Die Hauterscheinungen gingen ohne Behandlung zurück.

Fall Nr. 39 - H. O. - 69 J. ♂ - Rentner

F. A.: Ohne Besonderheiten

E. A.: Im ersten Weltkrieg Verlust des linken Unterschenkels, mit 46 Jahren Magenulcus

J. A.: Nach der 3. Novocainspritze traten die Hautveränderungen auf.

Allgem.
Befund: Leptosomer Patient in gutem A. Z. und E. Z., Magensubacidität,
R. R.: 185/100

Haut-
befund: Befallen sind der Stamm und die Extremitäten. Es zeigen sich dort linsen- bis münzgroße gesättigte rote Erytheme, die z. T. infiltriert, mit gelben Schuppen bedeckt sind, bzw. hämorrhagische Bläschen oder Blutkrüstchen aufweisen.

Diagnose: Toxisches hämorrhagisches Exanthem

Laborbe-
funde: B. S. G.: 30/49
Blutbild: Hb. 96 % / Erythro. 5,2 Mill. / Leuko. 16.800 /
Stabk. 4 / Segmentk. 53 / Lympho. 37 / Mono. 6

Serumlabilitätsproben: Thymol: - / Takata: 100 mg %
Weltmann 1 - 5

Urinsediment: Ery. + / Leuko. + / Krist. +

Therapie
und

Verlauf: Lokal: Zinkoel und Millicorten-Vioform. Wegen Subacidität
Gabe von Acidol-Pepsin. Rasche Besserung.

Fall Nr. 40 - F.G. - 83 J. - ♂ - Rentner

F. A.: Ohne Besonderheiten

E. A.: Seit langem Gelenkschmerzen und Beschwerden beim Wasserlassen.

J. A.: Vor 8 Tagen bekam der Patient nach der Arbeit im Weinberg
Schwellung und Nässen der Handrücken. 6 Tage danach kamen
hämorrhagische Erscheinungen an beiden Unterschenkeln hinzu.

Allgem.

Befund: Leptosomer Patient in schlechtem A. Z. und E. Z.
Leber 2 Querfinger unter dem Rippenbogen tastbar,
R. R.: 170/115

Haut-

befund: An den Händen vulgäres Ekzem. An den Streckseiten der oberen
und unteren Extremitäten findet man stecknadelkopf- bis pfennig-
große isolierte hämorrhagische Flecken.

Diagnose: Toxisches hämorrhagisches Exanthem

Laborbe-

funde: B. S. G.: 24/35

Urinsediment: Ery. - / Leuko. + / Krist. +

Lokal: Ichthyol-Bor-Vaseline, Tumenol-Lebertran

intern: Styptobion. Rasche Besserung.

Fall Nr. 41 - B.G. - 2 J. - ♂ -

F. A.: Ohne Besonderheiten

E. A.: Ohne Besonderheiten

J. A.: Vor 6 Monaten traten die Erscheinungen zum ersten Male auf,
seit 8 Tagen ist der ganze Körper nach Benutzung von Multocid-
Puder (DDT) befallen.

Allgem.

Befund: Pyknisches Kind in gutem A. Z. und E. Z.
generalisierte Lymphknotenschwellung, Leber fingerbreit unter dem Rippenbogen tastbar.
R. R.: 130/70

Haut-

befund: Befallen ist die gesamte Haut. Vorhanden sind stecknadelspitz- bis stecknadelkopfgröße hellrote Herde, die durch den Glasspatel nicht wegdrückbar sind.

Diagnose: Toxisches hämorrhagisches Exanthem

Laborbe-

funde: Blutbild: Hb. 82 % / Erythro. 4,48 Mill. / Leuko. 7100 /
Eos. 9 / Baso. 1 / Segmentk. 59 / Lympho. 29 / Mono. 2
Urinsediment: Ery. + / Leuko. + / Epith. + / Krist. +++

Therapie

und

Verlauf: Lokal: Esiderm H. Weitgehende Besserung.

Fall Nr. 42 - H. L. - 68 J. - ♂ - Rentner

F. A.: Ohne Besonderheiten

E. A.: Mit 63 Jahren Gelbsucht, angeblich Leberzirrhose

J. A.: Vor einem Monat hatte der Patient am rechten Auge einen roten schmerzhaften Fleck und wurde mit Penicillinsalbe behandelt. Danach traten die gleichen Erscheinungen im Bereich der Unterarmen und geringfügiger an den Oberarmen und am Stamm auf.

Allgem.

Befund: Pyknischer Patient in gutem A. Z. und E. Z.
Leber nicht palpabel
R. R.: 130/75

Hautbe-

fund: Befallen sind der Stamm und die oberen Extremitäten. Dort sieht man bis pfennigstückgroße unscharf begrenzte Herde, die am Stamm blassrot bis gelblich und an den oberen Extremitäten livid gefärbt sind. Die Herde an den Armen sind stark infiltriert.

Diagnose: Toxisches hämorrhagisches Exanthem

Laborbe-

funde: B. S. G.: 2/4

Blutbild: Hb. 67 % / Erythro. 3,26 Mill. / Leuko. 6600 /
Stabk. 3 / Segmentk. 27 / Lympho. 69 / Mono. 1
Serumlabilitätsprobe: Thymol: - / Takata: 100 mg % /
Weltmann: 1 - 8

Therapie
und

Verlauf: Lokal: Desitinsalbe, intern: Styptobion und 50 mg Solu-Decortin
tgl. Besserung erfolgte sehr langsam.

Fall Nr. 43 - R.K. - 59 J. - ♂ - Kaufmann

F. A.: Ohne Besonderheiten

E. A.: Früher Heuschnupfen, seit einigen Jahren perniziöse Anämie

J. A.: Nach Einnahme von Priatan traten vor 2 Tagen die Hautveränderungen auf.

Allgem.

Befund: Pyknischer Patient in gutem A. Z. und E. Z.
R. R.: 150/90

Haut-

befund: Befallen ist die gesamte Haut. Es finden sich am ganzen Körper einzelstehende münzgroße lividrote mehr ovale Herde, die z. T. eine hämorrhagische Note aufweisen.

Diagnose: Toxisches hämorrhagisches Exanthem

Laborbe-

funde: B. S. G.: 29/61

Blutbild: Hb. 95 % / Erythro. 4,32 Mill. / Leuko. 8800 /
Stabk. 3 / Segmentk. 84 / Lympho. 10 / Mono. 3
Urinsediment: Ery. - / Leuko. +

Therapie
und

Verlauf: Lokal: Zinkoel, Aureomycinsalbe, intern: 25 mg Solu-Decortin
tgl. Rascher Rückgang der Hauterscheinungen.

Fall Nr. 44 - D.M. - 66 J. - ♂ - Rentner

F. A.: Ohne Besonderheiten

E. A.: Ohne Besonderheiten

J. A.: Vor 8 Tagen traten erstmals rote Flecke an den Flanken auf; sie brannten und breiteten sich nach einigen Tagen weiter aus. Der Patient nimmt Pacepir und Neodorm ein.

Allgem.

Befund: Pyknischer Patient in gutem A. Z. und E. Z., weiche symmetrische Vergrößerung beider Parotiden
R. R.: 220/120

Haut-

befund: Befallen sind der Stamm und die Innenseiten der Oberschenkel. Dort ist ein ausgedehntes flächenhaftes Erythem vorhanden, welches z. T. einen gyrierten papulovesikulösen Rand aufweist. Einzelne Vesikel haben eine hämorrhagische Note.

Diagnose: Toxisches hämorrhagisches Exanthem

Laborbe-

funde: B. S. G.: 3/5

Blutbild: Hb. 100 % / Erythro. 4,3 Mill. / Leuko. 6200 / Baso. 3 / Stabk. 1 / Segmentk. 57 / Lympho. 37 / Mono. 2
Desmoidprobe: Auch nach Frühstück keine Färbung.

Urinsediment: Ery. - / Leuko. ++ / Epith. ++ / Zyl. + / Krist. +

Therapie
und

Verlauf: Lokal: Zinkoel. Nach erneuter Gabe von Pacepir traten neue Herde auf. Deshalb wird Pacepir durch Rauwopur ersetzt. Nach 20 Tagen keine Hauterscheinungen mehr.

Fall Nr. 45 - F.O. - 51 J. - ♂ - Hausmeister

F. A.: Ohne Besonderheiten

E. A.: Mehrere Verwundungen im zweiten Weltkrieg

J. A.: Nach Arbeit mit nacktem Oberkörper im Garten trat am Rücken eine Rötung ohne Juckreiz auf. Am nächsten Tag Fieber. Der Patient nimmt hin und wieder Saridon. Er trinkt täglich 1/2 bis 1 Flasche Rotwein.

Allgem.

Befund: Athletischer Patient in gutem A. Z. und E. Z.
R. R.: 120/90

Haut-

befund: Befallen sind die Oberarmstreckseiten und der Stamm. Dort sieht man linsengroße z. T. konfluierende düsterviolette Erytheme mit geringen hämorrhagischen Infiltrationen.

Diagnose: Toxisches hämorrhagisches Exanthem

Laborbe-

funde: B. S. G.: 30/62

Blutbild: Hb. 106 % / Erythro. 3,81 Mill. / Leuko. 9200 /
Stabk. 4 / Segmentk. 68 / Lympho. 28

Urinsediment: Ery. - / Leuko. + / Krist. +

Therapie
und

Verlauf: Lokal: Puderbett, Lotio-Zinci. Rasche Besserung.

Fall Nr. 46 - L. H. - 21 J. - ♂ - Kfz-Schlosser

F. A.: Ohne Besonderheiten

E. A.: Ohne Besonderheiten

J. A.: Vor 2 Tagen traten Fieber und allgemeines Krankheitsgefühl sowie Schwellung der Gesichtshaut auf. Am Rumpf und den Extremitäten sah man hellrosa Quaddeln. Der Patient kann keine Ursache nennen.

Allgem.

Befund: Pyknischer Patient, generalisierte Lymphknotenschwellung

Haut-

befund: Befallen ist die Haut im Bereich des Gesichtes, der oberen Brustregion und der oberen Extremitäten. Mittelgradige symmetrische Oedeme der Lider und der Perioralregion. Die Gesichtshaut erscheint als ganzes oedematös geschwollen. Beidseitig conjunktivale Injektion. An der oberen Brustpartie und den Armen erkennt man zahlreiche wegdrückbare Quaddeln, von denen manche porzellanfarben weiß und andere gering hämorrhagisch erscheinen. (Extravasate von zartroter Farbe.)

Diagnose: Toxisches hämorrhagisches Exanthem (urticarielles)

Laborbe- B. S. G.: 21/48

funde: Blutbild: Hb. 100 % / Erythro. 5,02 Mill. /
Leuko. 7100 /

Eos. 1 / Stabk. 1 / Segmentk. 55 / Lympho. 41 / Mono. 2

Urinsediment: Ery. - / Leuko. +

Therapie
und

Verlauf: Intern: 25 mg Solu-Decortin i. v., 1000 mg Cebion, Rutin,
BVK 2 Injektionen täglich.
Sehr rasche Heilung.

Fall Nr. 47 - G.K. - 64 J. - ♂ - Zahnarzt

F. A.: Ohne Besonderheiten

E. A.: Mit 20 Jahren Kriegsverletzung, mit 47 Jahren Magenulcus.
Vor einigen Tagen Grippe. Nach Einnahme von Beromycin zeigten sich Brennen, Hitzegefühl und Schwellung im Bereich des Hodensackes. Die Arme und der Unterkörper waren gerötet.

Allgem.

Befund: Adipöser Patient in gutem A. Z. und E. Z.
R. R.: 160/120

Haut-

befund: Befallen ist die Haut der oberen Extremitäten und im Bereich der unteren Körperpartie. Entzündliche Schwellung und Schmerzhaftigkeit des Hodens. Außerdem findet sich eine diffuse Rötung und Schwellung der Arme und Beine, besonders ausgeprägt an den Hand- und Fußrücken (z. T. Bläscheneruption) und ein morbilliformes Exanthem an Rücken und Flanken. Subjektiv bestehen Schmerzen und heftiger Juckreiz.

Diagnose: Toxisches hämorrhagisches Exanthem

Laborbefunde:

B. S. G.: 62/93

Blutbild: Hb. 93 % / Erythro. 4,78 Mill. / Leuko. 19.800 /
Eos. 3 / Stabk. 9 / Segmentk. 81 / Lympho. 7

Blutzucker: 112 mg %

Therapie
und

Verlauf: Zuerst Weiterausbreitung des Exanthems nach Supracillin-Behandlung. Nach Absetzen des Supracillins und Weiterbehandlung mit Decortin-H 25 mg tgl. gingen die entzündlichen Erscheinungen zurück. Lokal: Mollositin. Nach 10 Tagen hatte der Patient schwarzen Stuhl und wurde zur Klärung der Ursache in die Medizinische Klinik verlegt.

Fall Nr. 48 - D.J. - 36 J. - ♂ - Werkswächter

F. A.: Ohne Besonderheiten

E. A.: Zwischen dem 17. und 22. Lebensjahr viermal Pneumonie und Pleuritis, mit 21 Jahren Kniegelenkentzündung, mit 29 Jahren Appendektomie, mit 33 Jahren Tonsillektomie.

J. A.: Vor 10 Tagen nahm er wegen einer Erkältung verschiedene Tabletten ein. Vor 8 Tagen bekam er am ganzen Körper einen stark juckenden Ausschlag.

Allgem.

Befund: In gutem A. Z. und E. Z.

Haut-

befund: Befallen ist die gesamte Haut unter Bevorzugung der Oberschenkel und des Stammes. Hier befinden sich rote scharf begrenzte Flecke, die z. T. zu größeren gyrierten Herden konfluieren und meistens urticariell sind.

Diagnose: Toxisches hämorrhagisches Exanthem

Laborbe-

funde: Blutbild: Hb. 89 % / Erythro. 4,6 Mill. / Leuko. 5000 / Stabk. 3 / Segmentk. 63 / Lympho. 32 / Mono. 2

Therapie

und

Verlauf: Lokal: Esiderm H, intern: 3 x 1 Omeril, 1 Supp. Atosil, Karlsbader Salz. Nach 5 Tagen Entlassung in gutem Zustand.

Fall Nr. 49 - B.J. - 70 J. - ♂ - Rentner

F. A.: Nicht bekannt

E. A.: Nicht bekannt

J. A.: Der Patient bekam Streptomycin i. m. und kurz darauf trat eine Rötung am ganzen Körper auf.

Allgem.

Befund: Pyknischer Patient in gutem A. Z. und E. Z.

Nierengegend schmerzhaft

R. R.: 155/100

Haut-

befund: Befallen ist die gesamte Haut. Sie ist entzündlich gerötet. Das Gesicht und die Beine sind geschwollen und zeigen z. T. flächenhafte Hämorrhagien. Lidödeme beiderseits.

Diagnose: Toxisches hämorrhagisches Exanthem

Laborbe-

funde:

B. S. G.: 60/90

Blutbild: Hb. 86 % / Erythro. 4,24 Mill. / Leuko. 33.100 /
Eos. 8 / Stabk. 3 / Segmentk. 69 / Lympho. 17 / Mono. 3

Urinsediment: Ery. ++ / Leuko. ++ / Epith. +

Therapie

und

Verlauf:

In den ersten Tagen Puderbett, Gesicht und Hände Ficortrilsalbe, danach weitgehende Besserung. Nach 16 Tagen wegen Cystitis 3 x 2 tgl. Euvernil. Nach 2 Tagen trat hämorrhagisches Exanthem an beiden Unterschenkeln auf. Daher nur noch Lokaltherapie mit Esiderm-H. Nach 35 Tagen wurde der Patient in gutem Zustand entlassen.

Fall Nr. 50 - W. F. - 58 J. - ♂ - Landwirt und Winzer

F. A.: Ohne Besonderheiten

E. A.: Mit 20 Jahren Tonsillektomie, mit 43 Jahren Herzbeschwerden, seitdem dauernd in ärztlicher Behandlung, mit 55 Jahren Venenentzündung an beiden Beinen.

J. A.: Vor etwa einer Woche traten angeblich nach Einnahme von Ronicol-Tabletten an beiden Beinen Hautveränderungen auf.

Allgem.

Befund:

Adipöser Patient in gutem A. Z. und E. Z.

Haut und sichtbare Schleimhäute gut durchblutet. Leichte Lippen- cyanose und livide Verfärbung der Wangen. Ruhedyspnoe. Varicosis an beiden Beinen. Herzverbreiterung nach links etwa 2 Querfinger. Leber 4 Querfinger unter dem Rippenbogen tastbar.

R. R.: 210/120

Haut-

befund:

Befallen sind Oberschenkel, Unterschenkel und Fußrücken. Es finden sich an den bezeichneten Stellen stecknadelkopf- bis fünfmarkstückgroße disseminierte scharfbegrenzte Herde, von denen die kleinen entzündlich gerötet sind und lividblaue bis dunkelblaue hämorrhagische Infiltrate aufweisen; die großen Herde weisen im Zentrum festhaftende schwarze Nekrosen mit beginnender Abstoßung auf.

Diagnose:

Toxisches hämorrhagisches Exanthem

Laborbe-

funde: B. S. G.: 27/50

Blutbild: Hb. 92 % / Erythro. 4,48 Mill. / Leuko. 8400 /
Eos. 1 / Stabk. 2 / Segmentk. 68 / Lympho. 27 / Mono. 2
Thromb.: 255.360

Blutzucker: 98 mg %

Therapie
und

Verlauf: Lokal: Fissanoel, Ecomytrinsalbe, intern: 3 x 1 Ruticalzon,
3 x 1 Decortin, 500 mg Cebion täglich. Rasche Besserung und
Entlassung auf eigenen Wunsch.

VI. AUSWERTUNG DES KRANKENGUTES

1. Häufigkeit der verschiedenen Purpuraformen

In den Jahren 1960 bis 1964 - also während eines Zeitraumes von vier Jahren - kamen aus dem Einzugsgebiet der Mainzer-Universitäts-Hautklinik insgesamt 50 Patienten mit Purpura verschiedener Genese zur klinischen Behandlung.

Dabei waren im einzelnen folgende Formen mit unterschiedlicher Häufigkeit vorhanden:

Tabelle 1

Purpura Werlhof	1 Fall (2 %)
Purpura Majocchi	5 Fälle (10 %)
Purpura Schönlein	12 Fälle (24 %)
Toxisches hämorrhagisches Exanthem	32 Fälle (64 %)

Es ergibt sich also eine Staffelung in der Häufigkeit von Purpura Werlhof über Purpura Majocchi und Purpura Schönlein bis zum toxischen hämorrhagischen Exanthem, wobei das mit Abstand größte Kontingent der letzten Form besonders auffällig ist. Diese Beobachtung deckt sich mit den jüngsten Veröffentlichungen anderer Autoren (JÜRGENS) und wird mit dem steigenden Arzneimittelverbrauch und Medikamentenabusus in Zusammenhang gebracht.

2. Jahreszeitliches Vorkommen

Auffällig war bei unserem Krankengut, daß sich zwei jahreszeitliche Gipfel
- im Sommer und im Winter - bei der Manifestation der Krankheiten ergaben:

Tabelle 2

	Purpura Werlhof	Purpura Majocchi	Purpura Schönlein	Tox. häm. Exanthem	Zus.
20. 3. - 20. 6.	-	2	3	7	12 (24 %)
21. 6. - 22. 9.	-	1	3	11	15 (30 %)
23. 9. - 20. 12.	-	2	2	5	9 (13 %)
21. 12. - 19. 3.	1	-	4	9	14 (28 %)

Ein jahreszeitliches Tief der Erkrankungen liegt also in den Herbstmonaten.
Im einzelnen gesehen - wie die Tabelle zeigt - ergibt sich ein Hinweis auf
eine jahreszeitliche Abhängigkeit aber nur für das toxische hämorrhagische
Exanthem, während die anderen Purpuraformen keine Bevorzugung erkennen
lassen.

3. Altersverteilung der verschiedenen Purpuraformen

Aus der Altersverteilung unserer eigenen Patienten geht eine besondere Bevor-
zugung der Altersgruppe vom 60. bis zum 70. Lebensjahr hervor. Dieser
Gipfel ist bedingt durch das in diesem Alter gehäuft auftretende toxische hämorrha-
gische Exanthem (SCHULZ), während die übrigen Purpuraformen bei unseren Kran-
ken eher die jüngeren und mittleren Jahrgänge betrafen:

Tabelle 3

	Purpura Werlhof	Purpura Majocchi	Purpura Schönlein	Tox. häm. Exanthem	Zus.
0 - 10 Jahre	-	-	-	1	1 (2 %)
11 - 20 Jahre	-	2	4	1	7 (14 %)
21 - 30 Jahre	-	1	2	2	5 (10 %)
31 - 40 Jahre	-	1	2	2	5 (10 %)
41 - 50 Jahre	-	1	1	3	5 (10 %)
51 - 60 Jahre	-	-	-	8	8 (16 %)
61 - 70 Jahre	-	-	2	11	13 (26 %)
71 und mehr J.	1	-	1	4	6 (12 %)

Im Schrifttum finden sich umfassendere Statistiken, die brauchbarere Hinweise auf eine Altersverteilung geben (BEGEMANN, HARWERTH, KIMMIG, HEILMEYER). So bevorzugt zum Beispiel der Morbus Werlhof Jugendliche, die Purpura Majocchi das 30. bis 50. Lebensjahr, die Purpura Schönlein dagegen Kinder, während das toxische hämorrhagische Exanthem hauptsächlich Personen zwischen dem 50. und 70. Lebensjahr befällt (KIMMIG, SCHULZ).

4. Geschlechtsverteilung

Wie aus unserem Krankengut hervorgeht, waren unter den Erkrankten mehr Frauen:

Tabelle 4

	männlich	weiblich
von 50 Fällen	22 (44 %)	28 (56 %)
Purpura Werlhof	1	
Purpura Majocchi	3	2
Purpura Schönlein	5	7
Toxisches hämorrhagisches Exanthem	13	19

Dieser Unterschied ergibt sich jedoch, wie auch eine Statistik von KIMMIG beweist, allein aus dem bevorzugten Befall des weiblichen Geschlechts durch das toxische hämorrhagische Exanthem, während die übrigen Purpuraformen keinen Geschlechtsunterschied zeigen.

In der Literatur jedoch wird berichtet (PRIBILLA, BLAICH), daß sowohl der Morbus Schönlein wie auch die Purpura Majocchi im allgemeinen mehr die Männer befällt.

5. Konstitution und Purpura

Auffallend war, daß es sich bei unseren Purpurakranken zu einem großen Teil um wohlgenährte bis adipöse Menschen mit ursprünglich pyknischem Habitus handelte, eine Tatsache, auf die bisher im Schrifttum noch nicht eingegangen wurde.

Tabelle 5

	Purpura Werlhof	Purpura Majocchi	Purpura Schönlein	Tox. häm. Exanthem	Zus.
leptosom	-	2	3	3	8 (16 %)
athletisch	-	-	1	2	3 (6 %)
pyknisch	1	2	3	11	17 (34 %)
adipös	-	-	-	5	5 (10 %)
nicht bekannt	-	1	5	11	17

6. Lokalisation der Veränderungen

Aus der Literatur ist bekannt, daß die Hauptlokalisationsstellen des Morbus Werlhof die Streckseiten der Unterschenkel und die oberen Thoraxanteile sind (HAMMER, BLAICH); auch die Purpura Schönlein (KALKOFF, HAMMER) und Purpura Majocchi bevorzugen die unteren Extremitäten (KALKOFF, FLEISCHHACKER), während das toxische hämorrhagische Exanthem sich wahllos anordnet. Bei unseren eigenen Kranken fanden sich folgende Lokalisationen:

Tabelle 6

	Purpura Werlhof	Purpura Majocchi	Purpura Schönlein	Tox. häm. Exanthem	Zus.
ganzes Hautorgan	-	-	1	9	10 (20 %)
ob. Extremitäten	-	1	-	2	3 (6 %)
unt. Extremitäten	-	2	8	4	14 (28 %)
ob. u. unt. Extrem.	-	1	1	2	4 (8 %)
Stamm u. Gesicht	1	-	-	-	1 (2 %)
Stamm u. ob. Extr.	-	-	1	3	4 (8 %)
Stamm, ob. Extr., Ges.	-	-	-	1	1 (2 %)
Stamm u. unt. Extr.	-	-	-	5	5 (10 %)
Stamm u. alle Extr.	-	1	1	4	6 (12 %)
alle Extr. u. Ges.	-	-	-	1	1 (2 %)
alle Extr. u. Mund- schleimhaut	-	-	-	1	1 (2 %)

Für die Purpura Schönlein und die Purpura Majocchi können wir die Bevorzugung der unteren Extremitäten bestätigen, jedoch auch bei dem toxischen hämorrhagischen Exanthem ist trotz der wahllosen Anordnung eine Bevorzugung der unteren Extremitäten festzustellen.

7. Mikrohämaturie bei Purpura

Häufig finden sich bei den Purpuraformen die Hämorrhagien nicht nur an der Haut allein lokalisiert, sondern es kommt auch zu Blutungen in die Schleimhäute und in das Parenchym innerer Organe (GOTTRON, HEILMEYER, BRAUN-STEINER). Als Zeichen für das letztere Ereignis treten dann nicht selten Mikrohämaturien zusätzlich als klinisches Symptom auf. Bei unserem Patientengut kam es in zehn Fällen (20 %) dazu, wobei die Kranken mit toxischem hämorrhagischen Exanthem das größte Kontingent stellten:

Tabelle 7

	Purpura Werlhof	Purpura Majocchi	Purpura Schönlein	Tox.häm. Exanthem	Zus.
positiv	1	-	1	8	10 (20 %)
negativ	-	4	9	16	29 (58 %)
nicht untersucht	-	1	2	8	11

8. Juckreiz bei Purpura

Bei einer gewissen Zahl von Kranken mit den verschiedensten Purpuraformen findet man als zusätzliches Symptom einen mehr oder weniger ausgeprägten Juckreiz (KAPITANAKIS, DOUKAS, SCHULZ). Bei der Durchsicht unserer Fälle stießen wir ebenfalls auf dieses Symptom:

Tabelle 8

Purpura Werlhof	Purpura Majocchi	Purpura Schönlein	Tox.häm. Exanthem	Zus.
-	-	2	6	8 (16 %)

9. Hämatologische Veränderungen

a) rotes Blutbild

Da bei allen unseren Patienten nur relativ geringe Hämorrhagien in der Haut bestanden und es in keinem Fall zu bedrohlichen Blutungen kam, war das rote Blutbild in den meisten Fällen normal; nur bei insgesamt 10 Kranken (20 %) ließ sich eine geringe Anämie nachweisen:

Tabelle 9

	Purpura Werlhof	Purpura Majocchi	Purpura Schönlein	Tox. häm. Exanthem	Zus.
Hb. über 110 %	-	-	-	-	-
zw. 80-110 %	1	5	11	27	44 (88 %)
unter 80 %	-	-	-	4	4 (8 %)
nicht bestimmt	-	-	1	1	2
Ery. über 7 Mill.	-	-	-	-	-
zw. 4- 7 Mill.	1	4	10	23	38 (76 %)
unter 4 Mill.	-	1	1	8	10 (20 %)
nicht bestimmt	-	-	1	1	2

Diese Ergebnisse dürfen aber nicht darüber hinwegtäuschen, daß bedrohlich akute und chronische Anämiezustände im Verlauf einer Purpura auftreten können.

b) weißes Blutbild

Was die Leukocytenzahl betraf, fanden sich bei praktisch allen unseren Patienten mit Purpura Werlhof, Purpura Majocchi und Purpura Schönlein normale Werte, während bei den 32 Kranken mit toxischem hämorrhagischen Exanthem 8 eine Leukocytose von über 10.000 aufwiesen.

Tabelle 10

	Purpura Werlhof	Purpura Majocchi	Purpura Schönlein	Tox. häm. Exanthem	Zus.
Leuko.					
über 30.000	-	-	-	1	1 (2 %)
zw. 10.-30.000	-	1	1	7	9 (18 %)
zw. 5.-10.000	1	3	10	22	36 (72 %)
unter 5.000	-	1	-	1	2 (4 %)
nicht bestimmt	-	-	1	1	2

Aus dem Schrifttum geht hervor, daß auch der Morbus Schönlein oft eine Leukocytose und zwar eine Neutrophilie (ROSKAM) zeigt. Veränderungen der Lymphocytenzahl sahen wir bei 20 (40 %) unserer Patienten und zwar sowohl eine Lymphocytose wie auch eine Lymphopenie im Verhältnis 1 : 1. Betroffen waren am meisten die am toxischen hämorrhagischen Exanthem Erkrankten, aber auch die mit der Purpura Schönlein.

Abweichungen im Sinne einer Eosinophilie traten, wie zu erwarten, bei einigen Kranken mit toxischem hämorrhagischem Exanthem auf, allerdings nur in

einem geringen Prozentsatz (12 %). Auch die Purpura Schönlein-Kranken ließen die oft auftretende Eosinophilie vermissen:

Tabelle 11

	Purpura Werlhof	Purpura Majocchi	Purpura Schönlein	Tox. häm. Exanthem	Zus.
Lymphocytose	-	1	2	7	10 (20 %)
Lymphopenie	-	-	2	8	10 (20 %)
Eosinophilie	-	-	-	6	6 (12 %)
Monocytose	-	-	-	2	2 (4 %)

c) Thrombocyten

Der Pathogenese gemäß wäre bei unseren vier Gruppen von Purpurakranken bei denen mit Morbus Werlhof und bei einem Teil der mit toxischem hämorrhagischen Exanthem eine mehr oder weniger hochgradige Thrombopenie zu erwarten gewesen, während die Patienten mit Purpura Schönlein und Purpura Majocchi normale Thrombocytenzahlen hätten. Im einzelnen ergaben sich jedoch folgende Befunde:

Tabelle 12

	Purpura Werlhof	Purpura Majocchi	Purpura Schönlein	Tox. häm. Exanthem	Zus.
über 200.000	-	3	7	6	16 (32 %)
zw. 200. -100.000	-	2	3	1	6 (12 %)
unter 100.000	1	-	-	1	2 (4 %)
nicht bestimmt	-	-	2	24	26

Auffällig ist, daß trotz Hämorrhagien in keinem Fall der kritische Wert von 30.000 Thrombocyten unterschritten wurde, was wiederum - auch bei den thrombopenischen Purpuraformen - auf ein kombiniertes Geschehen, das auch die Gefäßwände mit einbezieht, hinweist.

d) Gerinnungs- und Blutungszeit

Wie zu erwarten, ergab die Blutungs- und Gerinnungszeit bei unserem Patienten mit Purpura Werlhof eine hochgradige Verlängerung, ebenso bei einem Teil der Patienten mit toxischem hämorrhagischem Exanthem, während die Patienten mit Morbus Schönlein, Purpura Majocchi und ein anderer Teil der an toxischem hämorrhagischen Exanthem Erkrankten normale Zeiten aufweisen.

Tabelle 13

	Purpura Werlhof	Purpura Majocchi	Purpura Schönlein	Tox. häm. Exanthem	Zus.
<u>Blutungszeit</u>					
über 4 Minuten	-	1	1	-	2 (4 %)
zw. 4 - 2 Min.	1	3	9	3	16 (32 %)
unter 2 Min.	-	-	2	2	4 (8 %)
nicht gemessen	-	1	-	27	28
<u>Gerinnungszeit</u>					
über 5 Minuten	-	1	-	1	2 (4 %)
zw. 5 - 3 Min.	1	2	10	3	16 (32 %)
unter 3 Min.	-	1	2	2	5 (10 %)
nicht gemessen	-	1	-	26	27

e) B S G

Auffällig war die Tatsache, daß über die Hälfte aller unserer Kranken B S G-Erhöhungen, teils mäßigen, teils höheren Grades aufwiesen.

Tabelle 14

	Purpura Werlhof	Purpura Majocchi	Purpura Schönlein	Tox. häm. Exanthem	Zus.
über 50 i. d. 1. Std.	-	-	-	4	4 (8 %)
zw. 20 - 49 "	-	-	1	11	12 (24 %)
zw. 10 - 19 "	-	-	5	7	12 (24 %)
unter 10 "	1	5	6	7	19 (38 %)
nicht bestimmt	-	-	-	3	3

Die B S G - Erhöhung betraf fast ausschließlich die Kranken der Gruppe Purpura Schönlein und die mit toxischem hämorrhagischem Exanthem. Meist handelte es sich um Erhöhungen mäßigen Grades.

f) Serumelektrophorese bei Purpura

In der Literatur wird immer wieder auf die Dysproteinämie bei Purpuraformen hingewiesen (WALDENSTRÖM, SCHMENGLER, HAENSCH, KORTING, BREHM). Von unseren 50 Fällen standen uns 12 vollständige Elektropherogramme zur Verfügung. Dabei ergaben sich folgende Verhältnisse:

Tabelle 15

	Fall Nr.	Albumine	Globuline		β	γ	Gesamt- eiweiß
		%	α_1 %	α_2 %	%	%	g %
Purpura	4	55,6	4,2	6,5	11,7	22,0	8,30
Majocchi	5	61,0	4,0	10,0	10,0	15,0	7,30
Purpura	7	56,0	5,0	5,0	12,5	21,5	7,90
Schönlein	12	60,0	8,0	5,0	11,0	16,0	7,52
"	13	51,5	7,0	10,0	11,0	20,5	7,10
"	14	47,6	4,9	10,4	15,0	22,0	6,85
Tox. häm.	22	52,0	8,0	12,0	14,0	14,0	6,60
Exanthem	28	46,0	6,0	12,0	18,0	18,0	5,61
"	29	47,0	5,0	9,0	19,0	20,0	7,59
"	30	48,0	5,0	11,5	16,5	19,0	7,60
"	35	47,6	8,2	15,0	13,6	15,6	5,90
"	38	49,0	5,0	12,0	15,0	19,0	6,93

Es bestand also bei einem Teil der 12 Fälle eine Dysproteinämie, die in 6 Fällen in einer Verminderung der Albumine zu Gunsten der Globuline bestand. Innerhalb der Globulinfraction fiel in 4 Fällen eine Vermehrung der Alpha 1-Globuline, in 8 Fällen der Alpha 2-Globuline, in 7 Fällen der Beta-Globuline und in 3 Fällen eine geringe Vermehrung der Gamma-Globuline auf. Es bleibt zu erwähnen, daß 3 der 12 Patienten gleichzeitig eine Lebervergrößerung unklarer Genese hatten und zwei einen Focus mit erhöhtem AST, so daß wahrscheinlich hier die Ursache der Dysproteinämie zu suchen ist.

10. Blutdruckveränderungen

Besonders bei der Purpura Majocchi sind Betrachtungen über den Blutdruck von Bedeutung. Im Schrifttum wird darauf hingewiesen (GOTTRON), daß diese Form der Purpura in ätiologischem Zusammenhang mit einem labilen Hypertonus stehen soll. Unter unseren an Purpura Majocchi Erkrankten fand sich allerdings nur ein Fall mit labilem Hochdruck, während die übrigen 4 Patienten normale Blutdruckwerte aufweisen. Die anderen Blutdruckabweichungen sind ohne Zusammenhang mit der vorliegenden Purpura und altersbedingt.

Tabelle 16

	Purpura Werlhof	Purpura Majocchi	Purpura Schönlein	Tox. häm. Exanthem	Zus.
Hypotonie	-	-	1	6	7 (14 %)
Normotonie	1	3	8	16	28 (56 %)
Hypertonie	-	1	1	6	8 (16 %)
nicht gemessen	-	1	2	4	7

11. Arzneimittelbedingte Purpura

Unter den 32 Patienten mit toxischem hämorrhagischem Exanthem fanden sich 24 mit einer Arzneimittelanamnese, während bei den übrigen 8 keinerlei Zusammenhang mit einer Medikamenteneinnahme zu eruieren war. Auch bei 7 von 18 Patienten der anderen Gruppen konnten wir verdächtige Medikamente in der Vorgeschichte feststellen, so z. B. bei dem einzigen Fall mit Morbus Werlhof, der aus diesem Grunde nicht als essentieller sondern als symptomatischer Werlhof anzusehen ist. Auch unter den Purpura Majocchi- und Purpura Schönlein-Kranken ergaben sich in einigen Fällen Hinweise auf vorausgegangenen Arzneimittelgebrauch:

Anamnestische Angaben über Arzneimittelgebrauch bei den verschiedenen Purpuraformen

Tabelle 17

<u>Purpura Werlhof</u>		<u>Toxisches hämorrhagisches Exanthem</u>	
Nadisan	1	Beromycin	1
		Dolviran	1
<u>Purpura Majocchi</u>		Elestol	1
Elestol	1	Euvermil/Streptomycin	1
unbekanntes Medikament	1	Multocidpuder (DDT)	1
keine Medikamente	3	Neodorm/Pacepir	1
<u>Purpura Schönlein</u>		Neopyrin/Veganin	1
Luminal	1	Novocainspritzen	1
Melabon/Saridon/Octadon	1	Novalg. -Chinin/Pyramidon/Penic.	1
unbekannte Medikamente	2	Penic. /Pyramidon/Terramycin	1
keine Medikamente	8	Pernioninsalbe	1
		Priatan	1
		Quadronal	1
		Ronicol	1
		Saridon	1

Tabelle 17 (Fortsetzung)

Spalttabletten	2
Togal	1
Trenimon	1
Zentropil	1
unbekannte Medikamente	4
keine Medikamente	8

12. Therapie

Grundsätzlich erhielten alle Patienten mit Purpura gefäßabdichtende Mittel und Hämostyptika. Darüberhinaus wurden alle Gruppen außer dem Morbus Werlhof mit Cortisonpräparaten behandelt. Bluttransfusionen waren in keinem Falle erforderlich.

Medikamentöse Behandlung

Tabelle 18

	mit Erfolg	ohne Erfolg
<u>Purpura Werlhof</u>		
Styptobion/Reparil	1	
<u>Purpura Majocchi</u>		
Cortison	1	
Calcium	1	
Reparil	1	
Cortison/Styptobion/Vitamin C	1	
Styptobion/Reparil	1	
<u>Purpura Schönlein</u>		
Cortison	1	
Styptobion	1	
Cortison/Vitamin C/Rutinion	1	
Styptobion/Vitamin C/Rutinion		1
Styptobion/Calcium	1	
Vitamin C/Calcium	1	
Vitamin C/Rutinion	2	1
indiff. Lokalbehandlung	3	
<u>Toxisches hämorrhagisches Exanthem</u>		
Cortison	9	1
Styptobion	5	
Vitamin C	1	
Cortison/Styptobion	2	

Tabelle 18 (Fortsetzung)	mit Erfolg	ohne Erfolg
Cortison/Vitamin C	2	
Cortison/Vitamin C/Calcium	3	
Cortison/Vitamin C/Rutinion	1	
Cortison/Calcium	1	
Cortison/Rutinion	1	
Styptobion/Vitamin C	2	
Vitamin C/Calcium	1	
indiff. Lokalbehandlung	3	

Zu erwähnen sei noch, daß mit dieser Therapie in allen Fällen Erfolg erzielt wurde, ausgenommen bei je einem Patienten mit Morbus Schönlein und toxischem hämorrhagischen Exanthem, bei denen nur geringe Besserung eintrat und bei einem weiteren Purpura-Schönlein-Kranken, der mit abdominalen Blutungen und urämischen Erscheinungen ad exitum kam.

VII. ZUSAMMENFASSUNG

Nach Klärung des Krankheitsbegriffes, der Einteilung der einzelnen Formen, einem kurzen Abriß der verschiedenen klinischen Bilder und grundsätzlichen Bemerkungen über die Therapie der Purpura wurden katamnestische Untersuchungen anhand von 50 Fällen aus den Jahren 1960 bis 1964 der Mainzer Universitäts-Hautklinik angestellt:

Ein Häufigkeitsvergleich der verschiedenen Purpuraformen ergab dabei, daß das toxische hämorrhagische Exanthem am häufigsten gesehen wurde, danach die Purpura Schönlein und die Purpura Majocchi, während die Purpura Werlhof nur durch einen Fall vertreten war.

Was das jahreszeitliche Vorkommen betrifft, ergab sich für alle Formen ein deutlicher Sommergipfel und ein weniger deutlicher Wintergipfel, während im Herbst ein Erkrankungstief lag.

Die Altersverteilung zeigte für alle Formen einen Gipfel zwischen dem 6. und 7. Lebensjahrzehnt.

Bei der Geschlechtsverteilung fiel ein geringes Überwiegen des weiblichen Geschlechtes auf, aber nur im Rahmen des toxischen hämorrhagischen Exanthems.

Eine Konstitutionsabhängigkeit war ersichtlich aus der Bevorzugung von adipösen Menschen mit pyknischem Habitus.

Die Lokalisation der Veränderungen betraf bei allen Formen überwiegend die Streckseiten der Unterschenkel.

Auch Hämaturien kamen als Zeichen der Mitbeteiligung innerer Organe häufig vor.

Juckreiz fand sich bei einem relativ hohen Prozentsatz der Patienten (16 %), allerdings nur bei Fällen mit toxischem hämorrhagischen Exanthem und Purpura Schönlein.

Das rote Blutbild war in fast allen Fällen normal. Geringgradige Anämien lagen nur bei 20 % aller Kranken vor.

Das weiße Blutbild war nur bei einem geringen Prozentsatz von Kranken mit toxischem hämorrhagischen Exanthem im Sinne einer Leukocytose verändert, in allen anderen Fällen normal.

Die Lymphocytenwerte waren pathologisch bei 40 % der Fälle, und zwar sowohl erhöht als auch erniedrigt. Bevorzugt waren wiederum die Patienten mit toxischem hämorrhagischen Exanthem.

Eosinophilie lag nur bei einem ganz geringen Teil der an toxischem hämorrhagischen Exanthem Erkrankten vor.

Die Thrombocytenwerte waren nur bei einem kleinen Prozentsatz der Kranken mit toxischem hämorrhagischen Exanthem und Morbus Werlhof erniedrigt, aber in keinem Fall unter der kritischen Grenze.

Die Gerinnungs- und Blutungszeit zeigten sich bei einigen toxischen hämorrhagischen Exanthemen verlängert.

B. S. G. - Erhöhungen verschiedener Grade wiesen über die Hälfte aller Kranken auf, besonders die mit Purpura Schönlein oder toxischem hämorrhagischen Exanthem.

Bei einem Teil der Fälle mit durchgeführter Serumelektrophorese bestand eine mäßige Dysproteinämie.

Der für die Purpura Majocchi angeblich typische labile Bluthochdruck konnte nur in einem Fall nachgewiesen werden.

Arzneimittel in der Anamnese fanden sich bei insgesamt 31 Patienten aller vier Gruppen. Die ursächlich für die Purpura als Noxe in Frage kommenden Arzneimittel umfassen eine größere Anzahl von Medikamenten, wobei vor allem Schmerz- und Schlafmittel besonders häufig die Schädigungsursache darstellten.

Therapeutische Maßnahmen bestanden in der Verabreichung von Hämostyptika, gefäßabdichtenden Mitteln und Cortisonpräparaten.

VIII. LITERATURVERZEICHNIS

Achenbach, W.

Angiohämophilie - Pathogenese und Therapie.

In: Frey u. Jürgens, Therapie der hämorrhagischen Diathesen. Symposium in Kronberg/Taunus, Schattauer, Stuttgart 1961, S. 69 - 79

Ackroyd, J. F.

Allergic Purpura, including purpura due to foods, drugs and infections.
Amer. J. Med. 14, 605 - 632 (1953)

Bauer, H.

Leitsymptom: Hautblutungen - Versuch einer pathogenetischen Einteilung der Blutungsübel und Blutungskrankheiten für die Bedürfnisse der Praxis, d. h. nach ihrem äußerlich wahrnehmbaren Bild. Münch. med. Wschr. 94, 586 - 592 (1952)

Begemann, H. u. H. G. Harwerth

Die hämorrhagischen Diathesen.

In: Begemann u. Harwerth, Praktische Hämatologie, Thieme, Stuttgart 1959, S. 127 - 140

Bender, F. u. U. Gerlach

Zur Kenntnis der Purpura hyperglobulinämica. Hautarzt 6, 456 - 458 (1959)

Bernard, J. u. J. P. Soulier

zit. nach Braunsteiner u. Larrieu, Thrombasthenie und Thrombopathie,
in: Heilmeyer u. Hittmair, Handbuch der gesamten Hämatologie, Urban u. Schwarzenberg, München-Berlin 1964, V/3, S. 215

Blaich, W.

Hämorrhagische Diathesen.

In: Gottron u. Schönfeld, Dermatologie und Venerologie, Thieme, Stuttgart 1958, II/2, S. 795 - 832

Braunsteiner, H.

Über Morphologie, Physiologie und Pathologie der Thrombocyten. Klin. Wschr. 29, 335 - 338 (1951)

Braunsteiner, H., K. Fellingner u. F. Pakesch

Elektronenmikroskopische Beobachtungen der Blutplättchen bei Thrombasthenie
Klin. Wschr. 31, 21 - 24 (1953)

Braunsteiner, H. u. M.J. Larrieu

Thrombasthenie und Thrombopathie. In: Heilmeyer und Hittmair, Handbuch der gesamten Hämatologie, Urban u. Schwarzenberg, München-Berlin 1964, V/3, S. 210 - 218

Brehm, G.

Zur Purpura teleangiectatica arciformis (Touraine).

Zschr. Haut-Geschl.krkh. XVII/11, 331 - 336 (1954)

Brohm, Kraus u. Denys

zit. nach Heilmeyer u. Begemann, Hämorrhagische Diathesen mit Plättchenmangel und Plättchenschädigung, in: Heilmeyer u. Begemann, Handbuch der Inneren Medizin, Springer, Berlin-Göttingen-Heidelberg 1951, II, S. 814

Doucas, C. u. J. Kapetanakis

Eczematid like Purpura. Dermatologica 106, 86 - 95 (1953)

Esser, H. u. F.E. Schmengler

Über Serumweißveränderungen bei Reticulo-Endotheliosen.

Dtsch.med. Wschr. 74, 1923 - 1924 (1949)

Fleischhacker, H.

Medikamentös bedingte hämorrhagische Diathesen.

In: Jürgens u. Deutsch, Hämorrhagische Diathesen, Internationales Symposium, Springer, Wien 1955, S. 142 - 146

Frank, E.

Hämorrhagische Diathesen.

In: G. u. F. Klemperer, Neue Deutsche Klinik, Berlin 1930, IV, S. 395 - 437

Glanzmann, E.

Sporadische konstitutionelle Thrombopathie (v. Willebrand-Jürgens).

Schweiz.med. Wschr. 76, 1014 - 1017 (1946)

Glanzmann, E.

Untersuchungsmethoden und Einteilung der Blutungsübel.

Anaphylaktoide Purpura (Purpura Schönlein-Henoch-Glanzmann).

Die hereditäre hämorrhagische Thrombasthenie (Glanzmann). In:

Glanzmann, Einführung in die Kinderheilkunde, Springer, Wien 1958, S. 413 - 419, S. 424 - 432, S. 444 - 446

Gottron, H. A.

Das Erscheinungsbild der Purpura Werlhofi an Haut und Schleimhäuten.
Med. Klin. 27, 1725 - 1727 (1936)

Purpura Majocchi. Arch. Dermat. Syph. 159, 355 - 463 (1930)
zit. nach Schneider u. Coppenrath, Purpura Schönlein, in Bode u.
Korting, Lehrbuch der Haut- u. Geschlechtskrankheiten, Fischer,
Stuttgart 1962, S. 479

Groß, R.

Therapie der thrombocytogenen hämorrhagischen Diathesen.
In: Frey u. Jürgens, Therapie der hämorrhagischen Diathesen,
Symposion in Kronberg/Taunus, Schattauer, Stuttgart 1961, S. 83 - 96

Haensch, R.

Purpura hyperglobulinämica (Waldenström) und andere Hyperglobulinämien
mit hämorrhagischer Diathese. Hautarzt 5, 241 - 243 (1954)

Hammer, F.

Hämorrhagische Krankheiten.
In: Jadassohn, Handbuch der Haut- und Geschlechtskrankheiten,
Springer, Berlin-Göttingen-Heidelberg 1928, VI/2, S. 512 - 583

Hayem u. Duke

zit. nach Frank, Hämorrhagische Diathesen, in: G. u. F. Klemperer,
Neue Deutsche Klinik, Berlin 1930, IV, S. 400

Heilmeyer, L. u. H. Begemann

Hämorrhagische Diathesen mit Plättchenmangel und Plättchenschädigung.
Die rein vasculär bedingten Blutungsübel. In: Heilmeyer u. Begemann,
Handbuch der Inneren Medizin, Springer, Berlin-Göttingen-Heidelberg
1951, II, S. 813 - 838, S. 838 - 855

Henoch, E. H.

Über den Zusammenhang von Purpura und Intestinalstörungen.
Berliner Klin. Wschr. 5, 517 - 520 (1868)
Über eine eigenthümliche Form von Purpura.
Berliner Klin. Wschr. 11, 641 - 643 (1874)

Hoff, F.

Hämorrhagische Diathesen.
In: Hoff, Behandlung innerer Krankheiten, Thieme, Stuttgart 1960,
S. 447 - 458

Humble, J.G. u. Th.H. Spaet

zit. nach Blauch, Hämorrhagische Diathesen, in: Gottron und Schönfeld, Dermatologie und Venerologie, Thieme Stuttgart 1958, II/2, S. 794

Jürgens, R.

Systematik der hämorrhagischen Diathesen.

Schweiz. med. Wschr. 71, 1473 - 1476 (1941)

Pathophysiologie und Klinik der Thrombopathien. In: Jürgens u. Deutsch, Hämorrhagische Diathesen, Internationales Symposium, Springer, Wien 1955, S. 4 - 22

Kalkoff, K.W.

Zur Unterscheidung verschiedener Purpuraformen aufgrund morphologischer Kriterien mit besonderer Berücksichtigung der Purpura pigmentosa progressiva.

Münch. med. Wschr. 101, 586 - 589 (1959)

Hämorrhagien der Haut und ihre Bedeutung für die Differenzialdiagnose von Blutungskrankheiten.

In: Marchionini, Fortschritte der praktischen Dermatologie und Venerologie, Springer, Berlin-Heidelberg-New York 1962, IV, S. 179 - 187

Kimmig, J.

Hämorrhagische Diathesen nach Dys- und Paraproteinämien und nach allergischen Reaktionen.

In: Marchionini, Fortschritte der praktischen Dermatologie und Venerologie, Springer, Berlin 1965, V, S. 101 - 109

Klima, R.

Zur Pathophysiologie und Klinik der hämorrhagischen Diathesen ohne Gerinnungsstörungen.

In: Jürgens u. Deutsch, Hämorrhagische Diathesen, Internationales Symposium, Springer, Wien 1955, S. 132 - 141

Koller, F.

Hämorrhagische Phänomene in der Dermatologie.

Dermatologica 102, 188 - 197 (1951)

Korting, G.W.

Hautpigmentierungen im Alter. Med. Welt 23, 1257 - 1258 (1964)

Korting, G.W. u. W. Adam

Purpura Schönleini und Leberzirrhose in ihrer Abgrenzung von der "Purpura hyperglobulinämica". Dermat. Wschr. Leipzig 131, 121 - 128 (1955)

Korting, G.W. u. G. Brehm

"Purpura hyperglobulinämica" mit positivem Coombs-Test.
Arch. Dermat. Syph. 202, 449 - 465 (1955/1956)

Levrat, M., L. Roche u. P. Bruel

Le signe du lacet test précoce des lésions vasculaires des diabetiques.
Press med. 59, 890 - 891 Paris (1951)

Majocchi, O.

Sopra una dermatosi teleangiectode non ancora descritta "Purpura annularis". Giorn. ital. mal. vener. 31, 263 - 264 (1896)

Marx, R.

Über Hämophilien und Pseudohämophilien.

Münch. med. Wschr. 101, 924 - 927 (1959)

Zur Pathogenese und Therapie der Thrombopathien. In: Frey u. Jürgens, Therapie der hämorrhagischen Diathesen, Symposium in Kronberg/Taunus, Schattauer, Stuttgart 1961, S. 55 - 67

Miescher, P.

Immunthrombopenien.

In: Jürgens u. Deutsch, Häorrhagische Diathesen, Internationales Symposium, Springer, Wien 1955, S. 37 - 48

Morawitz, P.

Die hämorrhagischen Diathesen.

In: Mohr u. Staehelin, Handbuch der Inneren Medizin, Springer, Berlin 1912, IV, S. 297 - 312

Moschcowitz, E.

zit. nach Roskam, Die thrombotische thrombopenische Purpura, in: Heilmeyer und Hittmair, Handbuch der gesamten Hämatologie, Urban u. Schwarzenberg, München-Berlin 1964, V/3, S. 230 - 231

Mulzer, P. u. R. Habermann

Adalinoxantheme unter dem Bilde der Purpura Majocchi.
Zschr. Neurol. Berlin 128, 374 - 376 (1930)

Naegeli, O.

Hämorrhagische Diathesen, Purpura, Morbus Werlhof.

In: Naegeli, Blutkrankheiten und Blutdiagnostik, Springer, Berlin 1923, S. 356 - 367

Pasini

Über Purpura senilis, klinische und histologische Studie.

Mhefte prakt. Dermat. Hamburg u. Leipzig 43, 451 - 469 (1906)

Pribilla, W.

Purpura Schönlein-Henoch.

Ärztl. Wschr. 6, 1044 - 1047 (1951)

Roskam, J.

Vasculäre hämorrhagische Diathesen.

In: Heilmeyer u. Hittmair, Handbuch der gesamten Hämatologie,

Urban u. Schwarzenberg, München-Berlin 1964, V/3, S. 219 - 233

Schamberg, J. F.

A peculiar progressive pigmentary disease of the skin.

Brit. J. Dermat. 13, 1 - 5 (1901)

Schoen, R.

Klinik und Therapie der Thrombopenien.

In: Jürgens u. Deutsch, Hämorrhagische Diathesen, Internationales Symposium, Springer, Wien 1955, S. 23 - 32

Schoenlein, J. L.

Allgemeine und spezielle Pathologie und Therapie.

Nach seinen Vorlesungen niedergeschrieben von einem seiner Zuhörer und nicht autorisiert herausgegeben, Würzburg 1832

Schmengler, F. E. u. H. Esser

Zur Pathogenese der Purpura hyperglobulinämica.

Klin. Wschr. 30, 30 - 33 (1952)

Schulz, K. H.

Allergische Hautreaktionen und Arzneimittelgruppen.

Arch. Dermat. Syph. 219, 277 - 294 (1964)

Storck, H.

Über hämorrhagische Phänomene in der Dermatologie.

Dermatologica 102, 197 - 251 (1951)

Storck, H. u. E. G. Jung

Die hämorrhagischen Diathesen. In: Jadassohn, Handbuch der Haut- und Geschlechtskrankheiten, Springer, Berlin-Heidelberg-New York 1960,

Erg. Werk II/2, S. 250 - 355

Veil, Klinge und Rössle

zit. nach Heilmeyer u. Begemann, Die rein vasculär bedingten Blutungs-
übel, in: Heilmeyer u. Begemann, Handbuch der Inneren Medizin,
Springer, Berlin-Göttingen-Heidelberg 1951, II, S. 846

Waldenström, J.

Zwei interessante Syndrome mit Hyperglobulinämie.

Schweiz.med. Wschr. 78, 927 - 928 (1948)

Die klinischen Aspekte der Dysproteinämien.

Münch.med. Wschr. 96, 1406 (1954)

Werlhof, P.G.

Disquisitio medica et philologica de variolis et anthracibus.

Hannoverae, sumt. haered. Foersteri, 1735

Willebrand, E.A. u. R. Jürgens

Über eine neue Blutkrankheit, die konstitutionelle Thrombopathie.

Klin. Wschr. 12, 414 - 417 (1933)

Wuhrmann, F.

Einige aktuelle klinische Probleme über die Serum-Globuline.

Schweiz.med. Wschr. 82, 937 - 940 (1952)

Wuhrmann, F. u. C. Wunderly

Über die Dysproteinämien und die Paraproteinämien.

In: Wunderly u. Wuhrmann, Die Bluteiweißkörper der Menschen,

Schwabe u. Co., Basel 1952, S. 344 - 347

Wüst, E.

Purpura.

In: Ziegler, Paulys Realencyclopädie der classischen Altertumswissen-
schaft, Alfred-Druckenmüller, Stuttgart 1959, 46. Band, S. 2000 - 2020

Herrn Professor Dr. K o r t i n g danke ich an dieser Stelle für die
freundliche Überlassung des Themas und Herrn Oberarzt Dr. B r e h m
für die wertvollen Hinweise bei der Abfassung der Arbeit.

LEBENS LAUF

Am 23. Oktober 1934 wurde ich, Georg Christophoridis, als Sohn des Landwirtes Leonidas Christophoridis und seiner Ehefrau Anatoli in Arethusa bei Saloniki - Griechenland - geboren. Dort besuchte ich sechs Jahre die Volksschule und im Anschluß daran in Langadas das Gymnasium und legte hier im Juni 1953 das Abitur ab.

1954 begann ich mein Medizinstudium in Konstantinopel. Die zunehmenden politischen Spannungen zwischen der Türkei und Griechenland zwangen mich 1955, mein Studium in Wien fortzusetzen. Nach zwei Semestern in Wien immatrikulierte ich mich 1956 an der Johannes-Gutenberg-Universität Mainz, wo ich im Oktober 1958 mein Physikum und im Februar 1963 mein Staatsexamen ablegte.

Seitdem war ich sechs Monate in der Chirurgischen Klinik des Städtischen Krankenhauses in Wiesbaden, acht Monate in der Universitäts-Hautklinik Mainz, vier Monate auf der Gynäkologischen Station des St. Marienwörth-Krankenhauses in Bad Kreuznach und ab Dezember 1964 auf der Inneren Abteilung des Hospitals zum Heiligen Geist in Boppard zunächst als Medizinalassistent und zur Zeit als Assistent beschäftigt.

Georg Christophoridis

im März 1966

